BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II 402606

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ
"M. EMINESCU" IAȘI
II 402606

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Ruxandra Răşcanu

DEPENDENŢĂ ŞI DROG

aspecte teoretice şi clinic ameliorative

F 402.606

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
II 402. 606

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II 402.606

RUXANDRA RĂȘCANU

DEPENDENȚĂ ȘI DROG: ASPECTE TEORETICE ȘI CLINIC AMELIORATIVE

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Ruxandra RĂȘCANU

526795

DEPENDENȚĂ ȘI DROG
ASPECTE TEORETICE
ȘI CLINIC AMELIORATIVE

448652
B.C.U. IASI

ALE

editura universității din bucurești
2008

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Referenți științifici: Prof. univ. dr. HOLDEVICI IRINA ALICE
Prof. univ. dr. MITROFAN IOLANDA

© *editura universității din bucureşti*
Şos. Panduri, 90-92, Bucureşti – 050663; Telefon/Fax: 410.23.84
E-mail: editura_unibuc@yahoo.com
Internet: www.editura.unibuc.ro

Tehnoredactor: Emeline-Daniela Avram

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
RĂŞCANU, RUXANDRA
Dependență şi drog: aspecte teoretice şi clinic ameliorative /
Ruxandra Răşcanu – Bucureşti: Editura Universității din Bucureşti, 2008
Bibliogr.
ISBN 978-973-737-591-9

613.81/.84

BCU IAŞI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

10 IUN. 2009

CUPRINS

În loc de prefață 7
Argument 9
Cap. I. Abordare a consumului de substanțe psihoactive 15
1.1. Din istoria drogurilor, pe scurt 15
1.2. Incidența și prevalența consumului de droguri și toxicomaniei 18
1.2.1. Studiu epidemiologic realizat în anul 2000 la nivelul populației din SUA 18
1.2.2. Date epidemiologice ale prevalenței crescute la consumul de droguri la copii și adolescenți. Studii epidemiologice efectuate în Franța, Spania și unele țări din Africa 19
1.2.3. Studiu epidemiologic realizat în 1998 la nivelul populației din România 21
1.2.4. Percepțiile și atitudinile consumatorilor de drog: prezentare selectivă a studiului comparativ realizat în România și Republica Moldova 24
Cap. II. Toxicomanii și actualități 29
2.1. Toxicomania „majoră" și toxicomania „minoră" 29
2.2. Asocierea drogurilor cu alte substanțe psihoactive 36
2.3. Dependența de substanțe psihoactive și supoziții etiologice 39
2.3.1. Factorii sociali și de mediu 42
2.3.2. Factorii biologici 45
2.3.3. Factorii psihologici 48
2.4. Terminologie și validitatea diagnostică 50
2.4.1. Diagnoza dependenței de substanțe psihoactive 51
2.4.2. Accepții și caracteristici ale toleranței 53
2.4.3. Diagnosticul „Abuzul de drog" – Diagnosticare 57
2.4.4. Dependeța de polisubstanță și încercare de diagnosticare 58
2.4.5. Intoxicația cu substanțe psihoactive – Diagnoză 58
2.5. Consumul de droguri în dinamica lui 59
2.6. Dependența de substanțe psihoactive și posibile complicații 60
Cap. III. Principii generale ale programelor terapeutice 63
3.1. Modele terapeutice 65
3.1.1. Programele de menținere 65
3.1.2. Programele de abstinență 65
3.1.3. Programele rezidențiale 66

BCU Cluj / UNIVERSITY LIBRARY

3.1.4. Programele de autoajutor 67
3.2. Dependența și unele abordări psihoterapeutice 68
3.2.1. Selecția metodei terapeutice în abuzul de substanță 68
3.2.2. Tratamentul și adaptarea lui 72
3.2.3. Încercare de tratament a dependenței: unele sugestii și propuneri practice 73
3.2.4. Psihoterapii individuale adaptate toxicodependențelor 75
3.2.5. Terapii de grup – aspecte generale 76
3.2.6. Teoriile cognitiv-comportamentale și dependența 77
3.2.7. Teorii psihodinamice și psihoanalitice privind dependența ... 80
3.2.8. Teorii socio-culturale și dependența 81
Cap. IV. Psihopatologie în dependența de substanțe psihoactive 83
4.1. Amfetaminele – istorie sau realitate? 85
4.2. Drogurile de sinteză. Dopajul: pro și contra 95
4.3. Cannabis 96
4.4. Cocaina 99
4.5. Halucinogene 101
4.6. Opiacee 103
4.7. Benzodiazepine (BZD) 106
Cap. V. „Cerere și Ofertă" în abuzul de drog 119
Cap. VI. Neuropsihofiziologia dependenței de droguri (inclusiv alcool) 125
Cap. VII. Gambling – Jucătorul patologic 137
Cap. VIII. Consumatorul de drog din România și particularități regionale 151
8.1. Traficul și consumul de droguri în România 151
8.2. Drog și criminalitate 158
Cap. IX. Studiul drogurilor și încercare de adaptare a interviului motivațional 165
Cap. X. Microstudiu privind dinamica utilizării în exces a alcoolului și drogurilor la tineri (Măsuri preventiv-ameliorative privind dependența) 179
Cap. XI. Consumatorul de drog – Încercare și schițare a profilului psihologic ... 187
Cap. XII. Prevenția – Cheia majoră în strategiile conexe dependenței de drog 201
Cap. XIII. Considerente practice: drog, dependență și experiență psihoclinică ... 213
Cap. XIV. Rolul familiei în prevenirea consumului de droguri – Aspecte sintetice 233
Cap. XV. Eforturi românești în lupta antidrog 265
Concluzii 269
Rezumat 275
Summary 279
Bibliografie 283
Anexe 285

ÎN LOC DE PREFAȚĂ

Materialului care alcătuiește această carte este un rezultat nu doar a dorinței multora dintre români de a găsi răspunsuri la încâlcitele probleme ale sufletului omenesc în perioadele mai grele ci și un reflex al finisării cunoștințelor de psihologie, psihopatologie, psihologia sănătății a autoarei, angrentă efectiv în lupta antidependențelor din ce în ce în ce mai prezente cotidian.

Defrișărilor mele de clinician se adaugă cursurile de psihoterapie și psihopatologia dependenței din Belgia, Olanda, Luxenbourg și Portugalia care au fost veritabile reflectări în oglinda adevărurilor a informațiilor, cunoștințelor, intențiilor și speranțelor de reducere a consumului drogurilor mai ales la tineri.

Nici pe departe nu am putut transmite tot ce am acumulat și structurat în ultimii ani în câmpul dependenței de drog în plan clinic, psihosocial și juridic. Mă consider încă datoare față de cititori – studenți și specialiști, părinți, profesori, juriști, ziariști, polițiști – prin acest volum care este un alt început conturat teoretic și practic.

Cartea încearcă să semnaleze cu tonuri grave și serioase complexitatea problematicii, în care fiecare este important, este diferit și necesar în echipă dar la fel de semnificativă este prevenția, diagnosticarea, identificarea cazurilor ca și tratamentele fie ele farmacologice dar mai ales complexe, psihosociale.

BCU IAȘI UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ARGUMENT

În diverse feluri oamenii încearcă să fie altfel, să-şi schimbe stilul, faciesul, corpul. Această dorinţă de a fi altfel, fie că persoana este grasă sau slabă, este un răspuns la probleme mai serioase iar neîmplinirile, nemulţumirile faţă de aspectul fizic (somatic) sunt strâns legate de o stare de rău nedefinită, de o tristeţe, de neplăcere faţă de viaţă. În aceste circumstanţe oamenii şi nu puţini în ultima vreme apelează la câte un „elixir" ca să-şi dobândească fericirea la care aspirăm cu toţii.

Tot mai frecvent tinerii ori adulţii, femei ori bărbaţi, săraci ori bogaţi, instruiţi sau neşcolarizaţi doresc să facă totul pentru că, deşi aceiaşi, în coordonatele generale, **să fie altfel**, să fim „şarmanţi". Este lesne de înţeles că în acest context se apelază la droguri, la alcool, la tutun etc, care într-adevăr, pot schimba dispoziţia, ne pot face pentru un scurt timp „seducători", dar puţin ştiu cât sunt de periculoase, cât sunt de nocive acestea pentru organism şi care într-o perioadă care nu poate fi anticipată cu exactitate ele ajung să marginalizeze, să excludă din viaţa socială.

Drogurile de diverse tipuri, au fost şi sunt considerate nişte pilule „magice" a căror compoziţie moleculară este bine cunoscută de chimişti, medici, farmacişti. Autori consacraţi în domeniu le denumesc „sărace molecule milenare" care din negura timpurilor sunt aureolate, care în realitate nu ne fac fiinţe supranaturale ci ne mint, fiind de fapt, o monedă cu 2 faţete. Una din faţete este cea care creiază şarmul, iar cealaltă este cea care ne face să fim dependenţi, să ne schimbăm comportamentul, să ne ferim de familie, să ne pierdem prietenii, locul de muncă etc.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Există credința că licite – alcool, tutum, cafea, medicamente, ori ilicite – drogurile ne pot modifica, schimba dispoziția, de dorit în bine, dar ele ne dau iluzii, vise care ne fac să sfârșim prin tentative de suicit și suicid, prin acte penale urmate de pedepse, de ani de temniță etc.

Fie acceptate, fie iligale drogurile tentează din varii motive multe persoane: băuturile din orice magazin, tutunul de oriunde, iar substanțele ilegale (ilicite) din locuri și zone nesperat de diferite, aureolate de ideea de „nepermis", „ascuns", „interzis".

Dorința de a le consuma, tentația inițială irezistibilă, ușor și greu în același timp de detectat de către părinți, profesori și prieteni la puberi și adolescenți stă la baza explicării mecanismului neuropsihofiziologic și a dificultății de adecvare a tratamentului de detoxifiere, urmat de psihoterapii.

Interzise ori nu de lege, cu atitudini diferite în țări și culturi diferite drogurile au devenit de mulți ani veritabile „industrii accesibile" datorită dealerilor, traficanților, consumatorilor.

În orice țară ori zonă de pe glob pot apare culturi din care să se prepare droguri sau, mai nou, se fabrică în totalitate în laboratoare, de cele mai multe ori clandestine, drogurile sintetice.

Percepția populației despre droguri este diferită, dar multe persoane cu traume, persoane stresate, depresive, instabile, structuri friabile le consideră ca pe ceva normal de consumat, ca pe ceva care creiază stări deosebite, care ne fac „încântători", uitând în mod conștient sau mai puțin conștient că tot ele – drogurile – ne fac să fim marginalizați și chiar excluși din grup, din comunitate.

În același timp, societățile omenești chiar dacă încearcă să limiteze consumul de tutun și alcool (doar în unele religii alcoolul este total interzis) nu pot eticheta o persoană care bea vin sau coniac drept un toxicoman. Totodată, studii recente, extrem de laborioase, arată că este mai ușor de explicat dependența și polidependența cuiva dacă a debutat cu uzul alcoolului, tutunului, cu excesul acestora pentru a-și „netezi" drumul spre haşiş sau heroină.

Ca o concluzie generală la care au ajuns numeroși cercetători dintre cel mai diferiți ca formație științifică este aceea conform căreia drogurile cunoscute din vechime au devenit treptat o **afacere mai ales a timpurilor moderne**.

Femeia însărcinată care își asumă riscul de a consuma droguri ilicite trebuie să cunoască legea și ce implicații reprezintă încălcarea ei pentru că decizia de a consuma și abuza de drog este ceva personal, nu este hotărârea altuia sau a altora iar repercusiunile nu se resfrâng doar asupra ei ci și a fătului.

Se acceptă că moleculele din care sunt alcătuite drogurile au forța unei veritabile „capcane" pentru suflet, pentru psihicul uman și fie că e vorba de haşiş ori cocaină, doza necesară pentru a deveni dependent variază de la un individ la altul.

Motivele pentru care unele persoane se simt puternic atrase de drog sunt extrem de diferite și greu de explicitat, dar ceea ce pare a fi acceptat este că ele reprezintă un pericol major pentru organism, o adevărată capcană atât pentru cei avizați, dar mai ales pentru cei neinformați.

Din perspective diferite (medicale, psihosociale, etc.) se încearcă explicarea tentației de a consuma, dificultatea abstinenței, insuccesul tratamentelor.

În multe țări în prezent, alcoolul și unele din medicamente (antidepresive) sunt considerate „droguri acceptate" și multe persoane le folosesc pentru a-și schimba dispoziția în care trăiesc încercându-se „suprimarea" consumului acestora „de la rădăcină". Aceasta cu toate că se știe și se înțelege că folosirea alcoolului sau/și a antidepresivelor modifică starea de spirit, percepția realității sau a ambelor. Sub impulsul lor împreună sau separat – viața pare mai ușoară și dificultățile vieții par estompate, aplanate.

Sub influența drogurilor consumatorilor li se pare că au o capacitate de muncă mai mare, că au o creativitate mai evidentă, că au performanțe semnificative (mai ales tinerii) că le dispar angoasele, se instalează un calm aparent în care contactele (relațiile) cu familia ori prietenii se ameliorează, dar toate sunt doar iluzii și se transformă destul de rapid într-un veritabil coșmar.

Medici, psihologi, părinți pot observa în consens cu specialiștii cei mai avizați din domeniu că după consumul inițial se instalează o stare plăcută de euforie la doze cronice sau „brutale" și poate apare obișnuința, iar efectele scontate de consumator își pierd din intensitate. Atunci, persoana care a consumat drogul mai mult timp și a devenit

sclavul lui, caută senzaţii cunoscute, iar pentru revenirea la nivelul anterior, dorit „sunt pretinse" doze mărite. Pentru a mări dozele consumatorul nu este totdeauna pregătit psihic, fizic şi material pentru că drogul totdeauna costă, fapt ce îl va determina să facă o serie de „combinaţii" sperând că însumând substanţele acestea vor „difuza" în organism şi el va retrăi starea care începe să-i lipsească precum aerul.

Se vorbeşte de intrarea clară într-o **fază critică**, atât pentru consumator, dar mai ales pentru familie, pentru medic şi psiholog care împreună trebuie să adapteze disponibilităţile pacientului şi tratamentele medicopsihosociale.

În România din ce în ce mai frecvent sunt percepute relativ discret afirmaţii de genul: „nu mai pot trăi fără haşiş, coca, etc." acest risc este valenţat de trăirile în plan psihic, din care, pacientului i se pare că nu se mai poate mişca, că ar fi nevoie de un efort supraomenesc.

Dacă nu toţi consumatorii ajung la acest risc, la supradoză, la sinucidere, trebuie spus că în acelaşi timp toate drogurile prin ambivalenţa lor devin extrem de „importante" şi în acelaşi timp la fel de periculoase pentru om, pentru sănătate şi viaţa lui.

Temele şi problemele ridicate de prezentul material ar putea constitui baza pentru alte scrieri. De aceea, considerăm dentologic să subliniem faptul că aceste rânduri sunt doar o provocare pe lângă specificitatea şi multitudinea problemelor experimentale şi dezbătute în laboratoare şi instituţiile de profil din lume, din China până în SUA, din Columbia până în Rusia şi Italia, din Franţa până în Canada.

Generic, problemele de toxicologie şi psihopatologie sunt într-un acord ştiinţific dar tematica se adânceşte continuu.

S-au studiat riscurile dependenţilor de drog legate de decese, situaţii, care sunt veritabile pericole pentru sănătatea mentală şi pentru psihologia sănătăţii.

Actualele probleme pe care le putem enumera selectiv sunt: transmisia HIV (SIDA), băutorii şi jucătorii de jocuri de noroc care depăşesc normalul şi tind spre patologic; sinucideri – alcoolism – dependenţa de drog; impulsivitate şi evadare din mediul dependenţilor de drog; corelaţii între modificări EEG şi gambling comportament antisocial; percepţia „neşansei" alcoolicului şi relaţia cu normele (tradiţiile) culturale;

comorbiditate și consum de drog; terapii cognitiv-comportamentale și adolescenții dependenți, jucătorii patologici anonimi și deteriorarea abilităților de adaptare; sport și supradozaj etc.

Concepte precum *dependență* sau *addicție*, *consum* sau *obișnuință*, *toleranță* sau *violență* – toate își au rolul și importanța lor în efortul conjugat al specialiștilor, al organizațiilor nonguvernamentale dar mai aleas a celor de care depind elaborarea strategiilor la nivel național pentru ca „moartea albă" să nu mai secere vieți la început de drum a puberilor și tinerilor.

Strategiile naționale anti-drog pot și trebuie concepute pe baza informațiilor complexe din acest domeniu, a măsurilor generale de igienă, sănătate mentală și prevenție specializată, pe baza cunoașterii profunde a **pericolelor – capcană.** În același timp, este nevoie de defrișarea unor căi mai puțin accesibile ale psihicului uman pe care mulți încearcă să le traverseze singuri sau în grup. Aceștia sunt de regulă într-o mare nesiguranță, într-o bulversare din care nu știu să iasă și să ia decizii bune pentru ei, oricum, sunt într-o **suferință psihică** din care pot învăța cu ajutorul specialiștilor să treacă, să reziste, să se schimbe.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. I. ABORDARE A CONSUMULUI DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

Motto: „Înscriindu-se în istoria omenirii încă de la începuturile existenței sale – probabil din epoca de piatră – toxicomania a însoțit și înrobit generații" (C. GOGORS)

1.1. Din istoria drogurilor, pe scurt

Încă de la începutul existenței sale, omul a utilizat ierburi, rădăcini, frunze pentru calmarea durerilor. Opiumul a fost utilizat în scopuri medicale de cel puțin 3500 de ani. Antichitatea a cunoscut efectele psihofarmacologice ale opiumului și cannabisului, recomandate ca medicamente de către Hipocrat și Galenius. Arbustul de coca este cunoscut de pe vremea civilizației incașe pentru efectele euforizante și afrodisiace obținute după consumul extrasului din frunzele sale. Administrate corect și rațional, dorgurile au fost o binefacere pentru medicină. Din nefericire însă, ele au început să fie folosite abuziv, determinând în timp, treptat o gravă problemă a umanității, un adevărat dezastru social.

La sfârșitul secolului al XIX-lea s-a intensificat preocuparea pentru folosirea excesivă a drogului, mai ales pentru alcool, tutun, precum și pentru opiacee și cocaină. Cocaina a fost izolată din frunzele de coca după 1860 și a început să se răspândească foarte repede (din 1885), companiile farmaceutice începând să vândă în USA și Europa produse pe bază de cocaină. În 1884 Sigmund Freud a publicat un articol despre potențialul terapeutic al cocainei. Unele

autorităţi din USA i-au împărtăşit entuziasmul şi cocaina a început să fie recomandată ca remediu pentru boală. După o anumită perioadă s-a constatat că are capacitatea de a induce intoxicaţii care produc tulburări psihice, precum pierderea controlului asupra comportamentului, iar dacă este folosită timp îndelungat induce dependenţă. Cu toate acestea, în USA, la sfârşitul secolului al XIX-lea, opiumul şi cocaina erau încă găsite în patentele medicamentelor care erau vândute pentru o mare varietate de indicaţii farmacoterapeutice.

La începutul secolului XX apar noi droguri şi noi căi de administrare, ceea ce a condus implicit la apariţia de noi şi grave probleme legate de consumul lor. Barbitalul, primul sedativ barbituric, a fost introdus în clinicile medicale din 1903. După o perioadă de câţiva ani, după introducerea unor noi compuşi, în clinică, apare primul caz de dependenţă în revistele medicale, după care, acelaşi *„pattern"* este întâlnit în cazul sedativelor nebarbiturice (meprobamat) în anii '50.

De la apariţia pe piaţă, în 1960, a primului medicament din familia benzodiazepinelor – clordiazepoxidul (Librium) – consumul a crescut progresiv în timpul a două decenii. Raportat la barbiturice, singurele disponibile anterior, benzodiazepinele reprezintă un progres considerabil în clinică datorită eficienţei lor. Dependenţa şi fenomenul de servaj, observate pentru prima dată în 1961 de Hollister (*apud.* L. E. Hollister, *cit.*, Y. Bissuel et. Marie Cordine, 1990, p. 1666) au fost ignorate la început. Înmulţirea publicaţiilor în acest domeniu, în presa medicală a avut loc numai după câţiva ani. Cercetările farmacologice şi chimice recente au permis propunerea altor modalităţi de tratament mai ales pentru anxietate, cu antidepresive – care prezintă avantajul că nu induc fenomenul de dependenţă.

O altă clasă de substanţe psihoactive, amfetaminele, au fost sintetizate pentru prima oară în 1887 şi au fost introduse în folosinţă clinică în 1932. Raportări privind abuzul de amfetamine au apărut prima dată în anii '30, dar numai după cel de-al doilea război mondial s-a acordat o mare importanţă acestei probleme. Alte amfetamine, utilizate ca drog au fost introduse în timpul anilor '50 şi apoi '60.

Generic, preocuparea socială pentru abuzul de halucinogene s-a intensificat în anii '60 când consumul unei noi substanţe, recent descoperită,

cu un foarte mare potențial halucinogen, se răspândește foarte repede printre grupurile de tineri. Este vorba de LSD (dietyl amida acidului lisergic), halucinogen extras din alcaloizii unei ciuperci parazite a secarei și care provoacă profunde modificări psihice.

Aceste phencyclidele (PCD) descoperite în anii '50 au început să fie consumate abuziv în anii '70. Tot în această perioadă crește consumul de cannabis și se răspândesc cazurile de *abuz și dependență de amfetamine*. Toate aceste substanțe nu mai sunt consumate doar în scop terapeutic, fabricarea lor nu se mai face doar în scopuri medicale, ele sunt produse și în laboratoare clandestine, ca **droguri ilicite**. Consumul lor a devenit un stil de viață, caracteristic unor perioade ale secolului XX. În cursul ultimilor ani folosirea ilegală a drogurilor s-a răspândit într-un ritm fără precedent, atingând toate regiunile globului. Nici o țară nu a fost cruțată de problemele devastatoare ale abuzului de droguri, care nu a respectat nici o frontieră socială, economică, politică sau națională. Această extensiune poate fi atribuită în întregime unor serii de factori, în special unei insuficiențe de informații credibile asupra pericolelor imediate și pe termen lung a folosirii drogurilor, unei ușurințe din ce în ce mai mari de procurare a drogurilor, a unei represiuni limitate din partea autorităților, a absenței unei responsabilități asupra dimensiunilor problemelor ridicate de droguri. Se poate spune că problemele legate de abuzul de droguri se datorează atât ignoranței adulților, cât și a copiilor și tinerilor.

Atitudinile în ceea ce privește abuzul de droguri s-au schimbat profund începând cu anii'80. În anul 1990 Adunarea Generală a Organizației Unite a decis ca perioada 1990-2000 să fie declarată „*Deceniul Națiunilor Unite împotriva drogurilor*" pentru a spori eforturile și cooperarea în acest sens. Un accent deosebit se pune pe EDUCARE ȘI PREVENIRE, BAZATE PE INFORMARE. Educația devine o speranță, o cale de a interveni pentru a le face cunoscut tinerilor riscurile și pericolele toxicomaniei și de a-i ajuta să decidă în cunoștință de cauză să renunțe la deprinderile lor.

Programele de prevenire, rolul bisericii, familiei, comunității, tind să încurajeze un comportament pozitiv, în special orientarea în sens constructiv a sentimentelor și responsabilităților fiecăruia,

indiferent de vârstă. Pentru a fi eficace acest tip de programe trebuie să existe la toate nivelurile societății, pentru a-și avertiza membrii asupra pericolului pe care-l reprezintă drogurile.

1.2. Incidența și prevalența consumului de droguri și toxicomaniei

1.2.1. Studiu epidemiologic realizat în anul 2000 la nivelul populației din SUA

În genere, cazuistica dependenței de drog vizează toate categoriile sociale, de toate vârstele, dar în special categorii tinere de vârstă.

Recent un studiu efectuat în SUA a relevat faptul că prevalența diagnosticului de abuz sau chiar dependența de droguri în populația cu vârsta de peste 18 ani este de 17,7%. De asemenea, consumul de droguri este mai ridicat în rândul șomerilor și anumitor grupuri minoritare, decât în rândul celor care lucrează și al grupurilor majoritare. Un alt studiu efectuat pentru elevii de liceu din clasele terminale arată faptul că aproximativ 30% dintre aceștia au încercat cel puțin o dată să consume o substanță nonalcoolică, non-marijuana (ex: amfetamină, un inhalant, un halucinogen, un sedativ sau cocaină).

Totodată frecvența consumului de substanțe ilicite dintr-o perioadă anterioară, recentă a fost cea mai mare la persoanele cu vârste între 18-25 ani, semnificativ mai mare decât la tineri cu vârsta între 12-17 ani. Aproximativ 1,3 milioane de tineri cu vârste între 12-17 ani; 44 milioane de tineri adulți cu vârsta între 18-25 ani și 7 milioane de adulți au folosit de curând cel puțin o dată o substanță ilicită.

Se acceptă că 7,4 milioane de bărbați erau consumatori obișnuiți ai drogurilor, în comparație cu 5,4 milioane de femei.

Redăm estimări ale procentajelor persoanelor studiate în funcție de vârstă și care au declarat că au consumat diferite substanțe nonmedicale. Substanțele consumate conform prescripției medicale nu sunt incluse. Estimările au fost realizate pe baza unui studiu național realizat în SUA, în 1994, privind abuzul de droguri. (*apud.* Jerome H. *Jafe in „Synopsis of Psychiatry"*, ediția a 7-a, p. 389).

Tabelul 1

	12-17 ani pop: 20 145 003		18-25 ani pop: 28 496 148		peste 26 ani pop: 154 217 972		Total pop: 202 859 153	
	% folosit vreodată	% consumatori curenți	% folosit vreodată	% consumatori curenți	% folosit vreodată	% consumatori curenți	% folosit vreodată	% consumatori curenți
Marijuana și hașiș	13	4	51	13	33	3	33	5
Cocaină	2	–	18	2	12	1	12	1
Heroină	–	–	1	–	2	–	2	–
Halucinogene	3	1	13	1	6	–	8	–
Sedative	2	1	4	1	5	–	4	–
Țigarete	36	11	71	32	78	28	73	27

1.2.2. Date epidemiologice ale prevalenței crescute la consumul de droguri la copii și adolescenți. Studii epidemiologice efectuate în Franța, Spania și unele țări din Africa

De mai mult timp remarcăm o deplasare a vârstei medii a celor care doresc „senzații noi", către tineri, adolescenți, chiar puberi și copii.

Totuși există puține date certe despre prevalența diferitelor tipuri de dependență de drog. Între ratele de prevalență raportate există diferențe mari, în parte din cauza folosirii metodelor diferite de depistare. Totuși, unele date sunt acceptate. Generic, ratele sunt mai mari în zonele defavorizate ale marilor orașe de oriunde, pe glob.

„Adolescenții reprezintă un grup cu risc, mai ales în jurul vârstei de terminare a școlii. Printre pacienții clinicilor specializate în dependența de drog din orașele mari, se constată o mare proporție de șomeri, cu puține relații sociale stabile și care duc o viață dezorganizată. Pe de altă parte, mulți tineri cu abuz de droguri rămân neangajați, dar consumul reprezintă la ei doar o fază trecătoare" (Plant, *apud* Oxford, p. 424).

Inițial, ei sunt curioși și foarte labili în opțiunile ce le fac. Din dorința de a brava, din spiritul de imitație, ori în căutarea unui refugiu, cel mai adesea ei merg la „prima întâlnire" cu drogul ca într-o excursie. Iar aceasta îi seduce, ca ulterior să devină singura lor rațiune de a mai exista, zeificând drogul.

La întrebarea „De ce ați recurs la drog?" folosită într-un studiu efectuat în Franța, ce a fost pusă unor consumatori aflați la început „de drum", 20% au menționat că *nu reușeau să se acomodeze* cu lumea exterioară; 76% au indicat *curiozitatea*, 4% au furnizat motivații aparent ridicole cu motive minore, dar ele sunt totuși profunde, de natură psihologică. Astfel exemplificăm cu unele afirmații relativ recente: G. A., 20 ani – „Am fost să mă droghez crezând că sunt mai interesant în fața fetelor"; J. O., 19 ani – „La 15 ani, după ce l-am citit pe Baudelaire, m-am hotărât să fac o experiență cu drogul".

Se face, de obicei, afirmația că o persoană drogată atrage către consum, în medie, lunar, 3-5 persoane.

Tot din acest studiu se desprind și alte aspecte semnificative. Astfel, în raport cu sexul, toxicomanii sunt 74% bărbați și 26% femei; după naționalitate 82% francezi, 13% alte naționalități; după criteriul educației, 24% nu au depășit primul ciclu primar, 11% sunt absolvenți cu bacalaureat, 11% au urmat cursuri gimnaziale, iar 5% au absolvit forme superioare; după profesie, 30% sunt funcționari, 24% șomeri, 26% muncitori.

În privința drogului utilizat aflăm că 21% au început consumul de droguri cu heroină, 4% cu medicamente care conțineau psihotrope, tot 4% au recurs la solvenți, 1% la cocaină, iar 22% nu au putut preciza cert drogul grație căruia au pășit în „universul" toxicomaniei.

În alte studii 69% dintre subiecți indică heroina ca fiind principalul drog la care recurg, 4% alcool, 13% cannabis, 5% medicamente, 2% solvenți, 1% cocaină și 6% persoane care nu au putut indica tipul de drog.

Fumat, prizat, sub formă de plăci, țigări groase, țigarete, cannabisul este consumat în *Africa* în proporții alarmante. În ceea ce privește drogurile, africanii, sunt astăzi la egalitate cu restul lumii. Cei mai obișnuiți consumatori sunt copiii și păturile sărace.

O anchetă efectuată încă din 1980, în Sierra Leone, dezvăluia că 31% dintre drogați au între 14-19 ani și doar 5% au peste 35 ani. Clasele sărace sunt atinse în proporție de 48%, iar păturile înstărite doar în proporție de 12,8% dar procentajele nu pot fi generalizate la

scară europeană sau mondială. Într-o clasă de copii între 10-14 ani s-a semnalat un procent de 40% de elevi consumatori.

În ceea ce privește influența cannabisului, consumatorii indică drept efecte ale acestuia: dorința de a comite o infracțiune (2,7%); sporirea libidoului (21%); somnolență (61%); putere sporită de muncă (84%); îndepărtarea oboselii (97%); senzația de fericire (100%).**

Tabelul 2

Vârstă / Zonă	10-14 ani %	15-19 ani %	20-24 ani %	25-29 ani %	Peste 35 ani %
Franța	–	10	39	25	–

Un studiu efectuat cu ajutorul ONU de Universitatea de Științe din Penarb privind toxicomania în rândul copiilor de 10-16 ani oferă date efectiv zguduitoare:

Tabelul 3

Consum	12-16 ani Eșantion 446 copii		12-16 ani Eșantion 538 copii		12-16 ani Eșantion 539 copii	
	Permanent	Ocazional	Permanent	Ocazional	Permanent	Ocazional
Cannabis	2,7%	25,6%				
Morfină și opium			33,6%	38,3%		
Heroină					29,8%	42,8%

1.2.3. Studiu epidemiologic realizat în 1998 la nivelul populației din România [1]

În România există o cifră din ce în ce mai mare a persoanelor din anumite categorii sociale vulnerabile față de abuzul de drog: șomeri, persoane care trăiesc sub pragul sărăciei, adolescenți și tineri

---

** În investigațiile obișnuite autoarea cărții discută cu puberi și adolescenți care afirmă că folosesc drogul ca să atingă „NIRVANA".

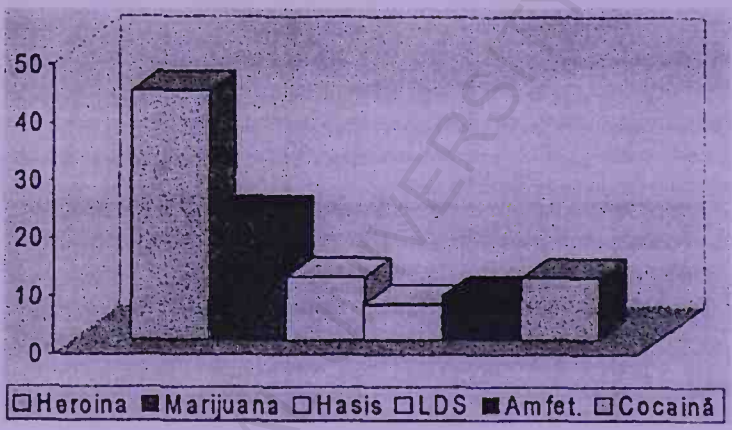
[1] Lucrare comunicată de RĂȘCANU RUXANDRA și ZIVARI (IRIMIEA) MARIA la *al II-lea Simpozion de Psihologie Aplicată* (cu participare internațională) S.I.P.A., 27-27 martie 1999, Timișoara, volumul Congresului, pag. 21.

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

care sunt confruntați cu șomajul lor sau al părinților, inflația, perspective incerte, tineri cu probleme sociale care provin din familii dezorganizate, tineri delincvenți etc.

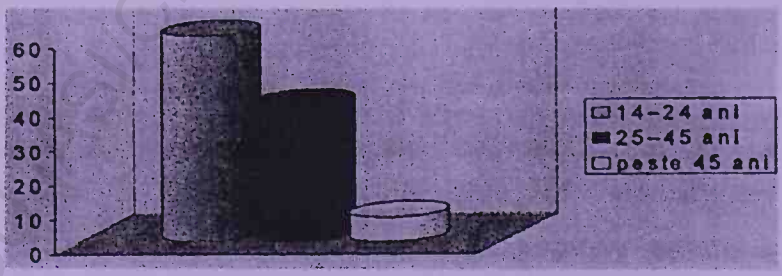
Rezultatele studiului efectuat în 1998 pe subiecții autohtoni, 400 cu vârste și ocupații diferite, arătau după prelucrarea datelor următoare:

1) frecvența de consum a drogurilor este ilustrată în *graficul 1*.



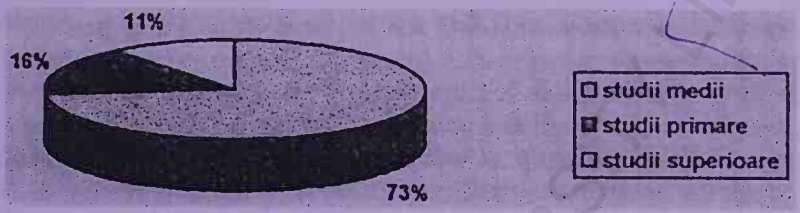
Graficul 1. Frecvența de consum a drogurilor în procente

2) 59% dintre consumatorii de droguri au vârste între 14 și 24 ani, în timp ce numai 5,41% peste 45 ani și ceilalți 35,14% între 25 și 45 ani (*graficul 2*);



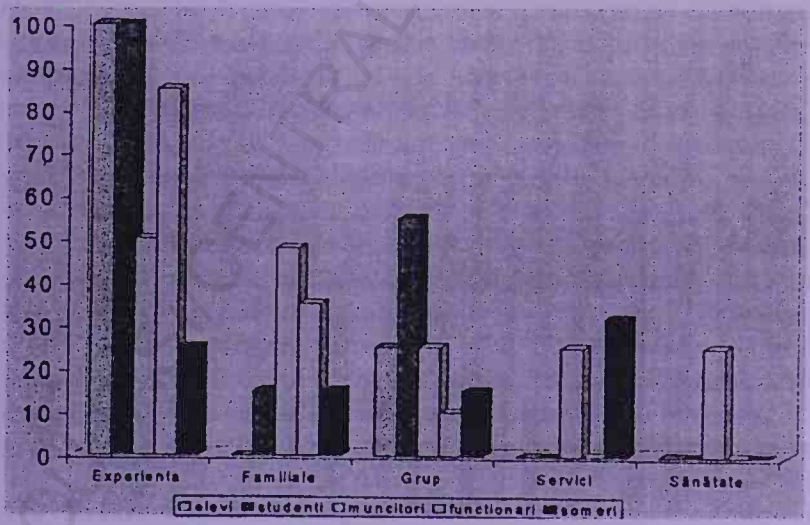
Graficul 2. Drog major (% din consumatori)

3) **72,97%** dintre consumatori au **studii medii**, 16,22% au **studii primare** și numai 10,81% au **studii superioare** (*graficul 3*);



Graficul 3

4) **dorința de a încerca experiențe noi** este invocată drept motiv al consumului în proporție de **100%** de către **tineri** și numai 62,66% adulți, iar **influența grupului** de către **41% tineri** și 23,66 adulți. În *graficul 4* sunt prezentate motivele consumului de drog în raport cu vârsta și ocupația.



Graficul 4. Motive ale consumului de droguri în funcție de ocupație

Putem afirma că abuzul şi consumul de droguri este un fenomen real şi înspăimântător prin amploarea sa pentru societatea românească. Dacă una dintre libertăţile câştigate după 1989 a fost şi aceea de a opta pentru consumul de droguri, se pare că **cea mai vulnerabilă categorie** o reprezintă **tinerii**, acest fapt ducând la apariţia unui nou concept: „morţii de sâmbătă seara".

1.2.4. Percepţiile şi atitudinile consumatorilor de drog: prezentare selectivă a studiului comparativ realizat în România şi Republica Moldova [2]

Informaţiile cu privire la droguri, la efectele lor, la profilaxia toxicomaniei sunt total insuficiente şi lacunare; instituţiile de profil lipsesc sau sunt suplinite de câteva secţii de detoxifiere, unde lucrează specialişti cu mai multă experienţă în terapia alcoolismului decât a victimelor drogurilor dure (tari); nu există încă o amplă strategie guvernamentală sau socială de control asupra consumului de droguri şi profilaxiei, terapiei medicale şi psihologice a toxicomanilor sau reintegrării sociale a foştilor consumatori. La acestea s-a adăugat uneori lipsa de experienţă şi de profesionalism a angajaţilor instituţiilor de profil, puşi în faţa unui nou fenomen, a unor noi principii şi noi probleme. Principala categorie de populaţie vulnerabilă faţă de consumul de droguri o reprezimtă tinerii. Populaţia tânără este mult mai deschisă la nou, la risc, mai dispusă să încerce noi experienţe. În plus până în urmă cu 2-3 decenii, tinerii din fostele ţări comuniste au venit mai puţin în contact cu mesajele care subliniau pericolul reprezentat de consumul de droguri în societăţile democratice, cu un nivel tehnic foarte dezvoltat. De asemenea, în locul mass-mediei riguros cenzurate a apărut o explozie nediscriminativă a informaţiei vehiculate pe piaţa audio-vizualului. In genere indivizii sunt ţinta unui bombardament informaţional masiv, în care consumul

[2] ANA STOICA-CONSTANTIN şi TICU CONSTANTIN, 2000.

de droguri este deseori prezentat ca o alternativă indezirabilă din punct de vedere social de a face față problemelor vieții.

Acest studiul a avut drept obiectiv investigarea fenomenului consumului de droguri în condiții specifice celor două țări foste comuniste – România și Republica Moldova. S-a urmărit estimarea dimensiunilor consumului de droguri la adolescenții din cele două țări: frecvența consumului, tipurile de droguri utilizate, categoriile de adolescenți consumatori (în funcție de vârstă, sex, zona de residență, ocupație, etc.). De asemenea, cercetarea și-a propus să găsească răspunsuri la anumite întrebări și să verifice unele ipoteze:

- Care sunt asemănările și deosebirile dintre cele două țări din perspectiva consumului de droguri?
- De ce „încearcă" adolescenții să consume droguri?
- Ce explică rezintența celor mai mulți față de acestă tentație?
- Care este factorul social care favorizează consumul?
- Care este nivelul și calitatea informațiilor adolescenților cu privire la droguri și la efectele lor?

Eșantionul de adolescenți a fost compus din 713 subiecți români și 760 basarabeni (total 1473 de subiecți) adolescenți. Metoda de alcătuire a eșantionului a fost cea stratificată (simplă), eșantionul fiind structurat omogen pe patru categorii de vârstă, pe două niveluri de studii și pe sexe, rezultând aproximativ 41 de categorii de subiecți în funcție de vârstă, nivel de studii, sex, țară. În eșantionare nu a figurat criteriul de „a fi sau nu consumator de droguri".

Exceptând procentajul de 1,4% care nu au răspuns, 92,9% din adolescenți declară că nu au consumat niciodată droguri, 4,5% declară că „au încercat de câteva ori", un procentaj de numai 1,2% declarând că „obișnuiesc să consume droguri".

Tipurile de droguri menționate au fost cele „ușoare": marijuana, haşiş, cannabis, inhalante (chimice) și combinații alcool-medicamente. Rareori a fost menționată cocaina.

S-au înregistrat ușoare creșteri ale procentajelor adolescenților care declară că au consumat droguri „de câteva ori sau de mai multe ori", în cazurile adolescenților din mediul urban, de sex masculin și la vârsta precoce, comparativ cu loturile corespondente. Dintre adolescenții

care recunosc că ar fi tentați să „încerce" sau chiar să consume un drog, 12,5% declară că au consumat deja „de câteva ori", iar 2,1% declară că au consumat droguri „de mai multe ori".

Cauzele interne ale consumului de droguri. În opinia adolescenților români și moldoveni, principalele cauze interne care îi determină pe tineri să „încerce" sau să consume în mod curent droguri sunt:

- curiozitatea, tentația, „fructul oprit",
- dorința de senzații tari,
- lipsa de maturitate/responsabilitate,
- probleme personale, necazurile, disperarea,
- singurătatea, lipsa de prieteni,
- plictiseala, lipsa unor preocupări interesante,
- teribilismul/nevoia de a ieși în evidență.

Cauzele externe ale consumului de droguri în accepția adolescenților investigați :

- influența nefastă a anturajului, grupul de prieteni „dubioși",
- climatul familial defavorabil,
- nivelul educațional și cultural redus,
- lipsa informațiilor sau informații denaturate, cu privire la droguri,
- imitarea modelelor din filme, din ziare și reviste.

Factorii inhibitori externi ai consumului de droguri plasați în topul listei de către adolescenții invesgtigați sunt:

- gradul de cultură și educație,
- teama / respectul față de părinți,
- mediul în care trăiesc

În cadrul acestei ierarhii generale, adolescenții din mediul rural plasează factorul „teamă / respectul față de părinți" pe locul întâi, alături de „gradul de cultură și educație". Fetele acordă o mai mică importanță factorului „mediul în care trăiesc" în comparație cu băieții. Trebuie subliniat că mass-media sunt percepute de către adolescenți ca având o influență minimă ca factor inhibitor extern.

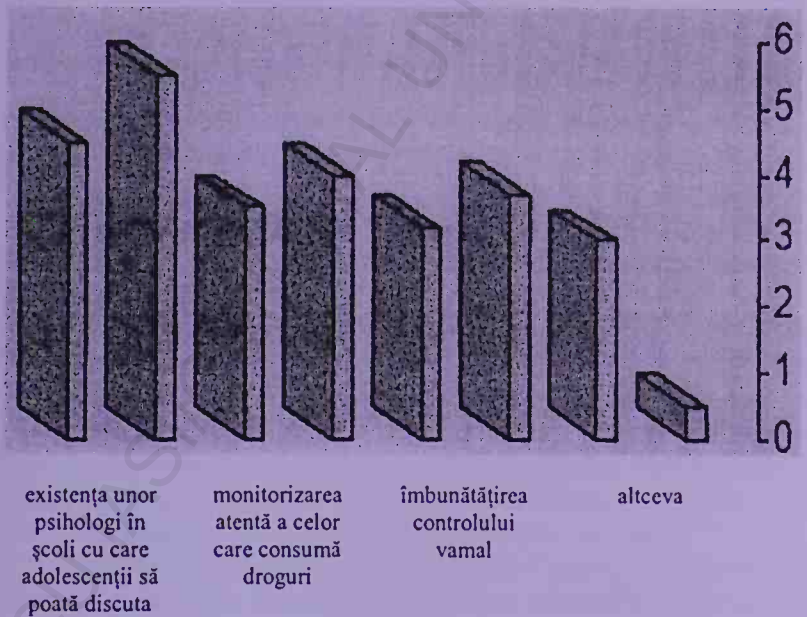
Pentru adolescenții din grupul celor care au declarat că vor „încerca" unele droguri, principalul factor inhibitor extern este „prețul" („sunt prea scumpe"), urmat de „gradul de cultură și educație" și „mediul în care trăiesc". În schimb, adolescenții care declară că nu vor consuma

droguri niciodată acordă o mai mare importanță factorilor „gradul de cultură și educație" și „teama/respectul față de părinți".

Factorii interni ai inhibiției de ultim moment în consumul de droguri. Două categorii de judecăți par să-i poată opri pe adolescenți în ultimul moment să „încerce" sau să consume un drog:

- *stima de sine*: păstrarea încrederii în sine și „să nu mă trădez pe mine, însumi", însămi.
- *instinctul de conservare*: dragostea de viață – teama de moarte, teama de dependență /intrinsecă sau s-ar putea să nu mai pot să mă las".

Măsuri de prevenire a consumului de droguri, în viziunea adolescenților. Adolescenții au fost solicitați să sugereze care ar fi măsurile pe care ei, personal, dacă ar avea puterea, le-ar lua pentru a opri/diminua consumul de droguri printre adolescenți.



Graficul 5

Concluzii

• *Atât profesorii, cât și părinții intuiesc destul de corect cauzele interne și externe ale fenomenului și pârghiile de control al acestuia.*

• *Profesorii nu sunt mult mai informați decât părinții; ca de altfel, și unii și alții acuză o acută ignoranță în materie de droguri, efecte, prevenire și terapie.*

• *De asemenea, nici unii, nici ceilalți nu au o imagine reală privind dimensiunile flagelului în rândul adolescenților din cele două țări, deși profesorii par a fi mai informați. Evident, acest fenomen își poate găsi unele explicații în nivelul scăzut sau inexistent al consumului în unele „insule", cât și în amploarea încă nescandaloasă a acestuia la nivelul celor două națiuni.*

• *Premisele unui control eficient al evoluției consumului de droguri sunt promițătoare: adolescenții români și basarabeni sunt deosebit de receptivi la influența familiei și a factorilor socio-afectivi în genere.*

• *Religia (prin slujitorii ei de la toate nivelele) se poate implica foarte mult, întrucât influența ei este mai mare decât se anticipa.*

• *Trebuie constituit și dezvoltat sistemul informațional gen* ***bancă de date*** *privitor la consumul, prevenirea și terapia adicției, indiferent de canalele pe care ar ajunge informația la adolescent: mass-media, școală ,prieteni etc.*

Deocamdată, în România problema consumului de droguri nu este atât de gravă ca în țările occidentale. Poate că România se află printre acele țări „privilegiate", cel puțin momentan, în care drogurile și consumul de droguri pot fi încă împiedicate să se răspândească masiv în conștiința și practica tinerilor. Mai este oare timp pentru inițiative de tip profilactic, care să contracareze „moartea albă"?

BCU IAȘI

Cap. II. TOXICOMANII ŞI ACTUALITĂŢI

2.1. Toxicomania „majoră" şi toxicomania „minoră"

În decurs de 30 de ani, Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.) a dat mai multe formulări termenului de toxicomanie, arătând dificultatea de a găsi o definiţie unică aplicabilă pentru consum şi abuz de droguri.

Conform definiţiei clasice (O.M.S., 1957), toxicomania (*drug addiction*) este: „starea de intoxicaţie periodică sau cronică, determinată de consumarea repetată a unui drog (natural sau sintetic). Caracteristicile sale sunt: dorinţa sau necesitatea de a continua consumarea drogului şi de a-l procura prin toate mijloacele; tendinţa de a mări dozele; dependenţa de ordin psihic şi în general dependenţa fizică faţă de efectele drogului, cu apariţia sindromului de abstinenţă şi suprimarea lui; efecte nocive asupra individului şi asupra societăţii" (O.M.S., *apud* M. Cotrău, 1971, p. 5).

În aceeaşi accepţie, **obişnuinţa** (*drug habituation*) este „starea rezultată din consumarea repetată a unui drog. Caracteristicile sale sunt: dorinţa (dar nu obligaţia) de a lua droguri pentru buna stare pe care o provoacă; tendinţa slabă sau nulă de a mări dozele; un oarecare grad de dependenţă psihică faţă de efectul drogului, fără dependenţă fizică, lipsa sindromului de abstinenţă; dacă există efect nociv, el îl afectează numai pe individ" (*apud*. M. Cotrău, *op. cit.*).

Potrivit definiţiei formulate de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii, „folosirea excesivă, continuă sau sporadică, incompatibilă sau fără legătură cu practica medicală este considerată drept **consum** (sau **abuz**). Aceasta poate fi făcută de indivizi „**excepţional**"

constituind în sine opțiunea propriu-zisă de a încerca o dată sau de mai multe ori un drog, fără a continua această practică; „**ocazional**", în formă intermitentă, fără a se ajunge nici în acest caz la dependență psihică sau fizică; „**episodic**", într-o împrejurare dată, sau „**simptomatic**", caracterizată de această dată de apariția și instalarea dependenței" (O.M.S., *apud* J. Drăgan, 1994, p. 157).

Căutând acel element comun, care să caracterizeze întru toul abuzul de droguri, Comitetul de Experți ai O.M.S. a stabilit că acest „element" comun este tocmai **starea de dependență**, fizică sau psihică (ori chiar fizică și psihică, în mod concomitent), recomandând specialiștilor înlocuirea termenilor de „toxicomanie" și „obișnuință", cu acela de „dependență" și indicând drogul care a generat această stare, ca de exemplu dependența de tip morfinic, cocainic, amefetaminic, barbituric, existând atâtea tipuri de dependență câte droguri sunt.

Menționăm că „dependența se poate manifesta față de o gamă vastă de substanțe chimice, reprezentând un evantai de efecte de la stimulare până la depresie; orice substanță care poate da naștere la dependență se numește drog" (O.M.S., M. Cotrau, *apud* 1971, p. 8).

Încă din 1965 s-a constatat că a devenit imposibil din punct de vedere științific și practic să se „mențină o definiție unică pentru a exprima atât formele de toxicomanie, cât și pe cele de obișnuință" (M. Cotrau, O.M.S. *apud* 1971, p. 8). Se păstrează, termenul de „toxicomanie", observând însă că nu există una, ci mai multe toxicomanii, ceea ce definește faptul că o persoană a recurs la unul sau mai multe droguri, față de care a devenit dependentă.

Un raport al Comitetului O.M.S. pentru Stupefiante, utiliza termenul de „**farmacodependență**", în care agentul care dă obișnuința este un medicament sau amestec de medicamente.

Așadar, dependența (sinonime: farmacodependență, toxicomanie) este o formă de consum voluntar, abuziv, periodic sau cronic a substanțelor dependogene, dăunătoare atât individului, cât și societii, fără a avea bază o motivație medicală, spre deosebire de farmacodependentele clasice, legitime, care sunt, prin originea lor, totdeauna terapeutice sau paramedicale.

Important de consemnat este și faptul că dezintegrarea personalității consumatorului, în cazul dependenței legitime, este **efectul și nu cauza**

consumului drogului respectiv. De aceea, unii cercetători numesc dependența – **farmacodependență la modă**, ilegitimă, fiind vorba, exclusiv, de înclinația subiectului de a consuma droguri, ajungând prin aceasta la o stare de subordonare cvasicompletă a organismului față de drogul care de acum înainte îi condiționează comportamentul, existența, relațiile familiale și sociale. Se ajunge astfel, ca unii dintre consumatori să considere drogul drept **unica rațiune a vieții lor**, fiind capabili de orice fapte pentru a și-l procura (inclusiv penale).

Din punct de vedere farmacologic, potrivit definiției date de O.M.S. încă din 1969 (și de atunci unanim acceptată și citată în toate lucrările de specialitate), prin **dependență** trebuie să se înțeleagă „starea psihică sau fizică ce rezultă din interacțiunea unui organism și a unui medicament, caracterizată prin modificări de comportament și de alte reacții, însoțite întotdeauna de nevoia de a lua substanțe în mod continuu sau periodic, pentru a-i resimți efectele sale psihice și uneori pentru a evita suferințele. Starea de dependență este însoțită sau nu de toleranță" (J. Drăgan, *apud.* O.M.S., 1994, p. 160).

Puține alte probleme sociale sunt înconjurate de mai multe mituri și informații greșite ca folosirea drogurilor. Confuzia începe de la însuși sensul termenului, deoarece mulți oameni cred, în mod eronat, că numai substanțele ilegale: heroina, marijuana, cocaina sunt droguri. Dar „alcoolul, tutunul, cafeaua alterează mințile și dispozițiile celor care le consumă și pot fi la fel de periculoase ca și drogurile ilicite" (J. W. Coleman și D. R. Cressey, p. 360). Folosirea drogurilor nu se referă numai la câțiva membri dominanți ai societății, izolați. În realitate de mult timp drogurile sunt o mare afacere. Americanii cheltuie miliarde de dolari pe an pentru cafea, ceai, tutun și alcool, iar cei care realizează aceste produse ocupă un loc important în actualitatea modernă.

Unul dintre cele mai răspândite mituri este cel conform căruia ne aflăm în mijlocul unei *„epidemii de droguri"* (J. W. Coleman și D. R. Cressey, 1990, p. 323). Este adevărat că *folosirea drogurilor a crescut rapid în anii'60-'70*, dar consumul de droguri a *scăzut în ultimele decenii*. Mai multe studii efectuate în SUA au demonstrat că procentul fumătorilor în rândul populației a scăzut de la 37% în 1970 la 30% în 1985; de

asemenea, consumul de marijuana, cel mai popular drog ilicit, a atins un vârf în 1979 şi de atunci a scăzut continuu în fiecare an, ca şi consumul de alte droguri ilicite. Marea excepţie este cocaina, care a câştigat în popularitate la începutul anilor 1980. Există dovezi că acest consum a atins un vârf în 1986 şi de atunci a început să scadă (Coleman; Cressey, 1990, *ibidem*).

În ultimele decenii se semnalează trecerea treptată de la toxicomania „majoră" (în general stupefiante) **la toxicomania „minoră"**. Aceasta este dată în special de **medicamente** (barbiturice, tranchilizante, amfetamine). Explicaţia constă în faptul că stupefiantele sunt tot mai greu accesibile, pe când medicamentele se pot procura relativ uşor. Astfel, s-a ajuns la întrebuinţarea obişnuită în populaţie a aproximativ 50 de derivaţi barbiturici, zeci de amfetamine şi sute de tranchilizante.

Deşi mai puţin spectaculară decât „toxicomania clasică", „toxicomania farmaceutică" este îngrijorătoare prin numărul mare de persoane pe care-l cuprinde şi prin multitudinea produselor sintetizate într-un ritm atât de rapid încât controlul devine dificil, dacă nu imposibil.

În acelaşi timp se recurge şi la droguri improvizate, cu efecte imprevizibile, toxicofilii fiind foarte „inventivi".

În acest sens putem menţiona „KHATUL". Această plantă cu denumirea ştiinţifică de „*catha edulis*" are proprietăţi psihostimulente fiind foarte bine cunoscută de musulmanii care trăiesc în Africa de Est şi Sud-Estul Peninsulei Arabe. Unii au numit-o „coca africana" (J. Drăgan, 1994, p. 79), din cauza asemănării efectelor obţinute prin masticarea frunzelor, ca urmare a eliberării alcaloizilor, dar şi a caracterului endemic al consumului său. Putem aminti „CRACK" (cuvânt de origine engleză, care înseamnă trăsnet, pocnet, plesnitură), ce desemnează o nouă formă de cocaină, cu o mare capacitate de a dezvolta dependenţa. Se prezintă sub formă de cristale, cu un conţinut ridicat de alcaloid, care se fumează.Folosirea lui dă o stare euforică intensă (*flash*), care nu durează decât câteva minute, determinându-l pe consumator, să utilizeze în continuare, pentru obţinerea aceluiaşi efect, doze crescute. Abuzul de crack este foarte periculos pentru inimă, plămâni şi S.N.C. Conduce la o stare gravă de dependenţă de tip cocainic, sănătatea consumatorului fiind puternic afectată.

„Această nouă formă de drog, apărută de câțiva ani, este întâlnită îndeosebi în Canada și SUA, fiind răspândită prin toate marile orașe ale acestor două state" (J. Drăgan, 1994, p. 76). Crack-ul a apărut în 1983, fiind importat din Bahamas. Azi se fabrică „la fața locului", este vândut la colț de stradă, în apropierea școlilor, pretutindeni; i se mai spune *baseball, ground* (pietriș) sau *rock*. Deși este relativ ieftin (în unele orașe o fiolă de crack costă 3 dolari), are un efect foarte puternic, putând ucide dacă este luat în cantități mari.

În unele zone din suburbiile New-York-ului și-au făcut apariția așa numite „crack-houses", unde se întâlnesc și de unde își pot procura drogul adolescenții. Gangsterii care au inițiat traficul de crack folosesc, în special, copii între 9-18 ani, mizând pe faptul că minorii sunt rareori trimiși în închisoare pentru o perioadă mai mare de timp, constituind o forță de muncă „lesne reciclabilă". Ca pe o ușă turnantă, „unii intră și ies în permanență", spune George Robinson, procurorul adjunct al comitatului Fulton, Georgia (S. Turlea, 1991, p.203). La început, mulți dintre TRAFICANȚII-COPII nu se ating de droguri. Ei sunt doar atrași de posibilitatea de a câștiga bani repede și lesne; într-o săptămână pot aduna peste 1000 de dolari, declara Blair Miller, de la un Centru de Sănătate din Detroit. Copiii aceștia nu știu să facă altceva. Le este foarte greu să reziste ispitei" (*apud*, S. Țurlea, 1991, p. 202). „Adolescenții au ajuns să domine toate verigile afacerilor legate de crack. Sunt folosiți la prelucrare, ambalare, distribuire și chiar la întărirea disciplinei în rândul traficanților, susține Roy Hayes, procuror din Michigan. Un asemenea lucru nu s-a mai văzut până acum" (*Idem*, p. 202). Ca și ceilalți tineri americani, copiii traficanți de droguri au aspirațiile și visele lor. Tânjesc după îmbrăcăminte elegantă, după automobile, după lucruri scumpe ce nu pot fi cumpărate decât cu foarte mulți bani. Majoritatea au crescut în familii dezorganizate, folosind banii obținuți din traficul de droguri ca să-și ajute familiile nevoiașe, iar acești bani suplimentari îi pot convinge pe părinți „să privească în altă parte" atunci când copiii lor se îndreaptă grabnic spre pierzanie. Denise Robinson, fondatorul grupului „Salvați copiii noștri" din Detroit, își amintește de o mamă care și-a convins copilul să nu se mai întoarcă la școală și să vândă droguri: „N-aveam

ce mânca. Cum să-mi las mama să sufere?", spun copiii, simţind că trebuie să câştige pâinea zilnică. (*Ibidem*)

Cei mai mulţi dintre clienţii traficanţilor de **crack** sunt copii. „Ei îşi pot procura o fiolă de crack cu foarte puţini bani. Drogarea este imediată şi dependenţa completă. Cei mai recenţi consumatori sunt copii foarte mici, spune Robert Stutman, agent special al DEA" (*idem*, 1991, p. 205).

Ar fi o eroare să credem că problema crack-ului este legată de clasele dezavantajate. „Am văzut membri ai unor cluburi selecte ale înaltei societăţi distruşi de crack, afirma Jean Howard de la Biroul procurorului din Palm Beach" (*Ibidem*). Există o îngrozitoare simbioză între bogaţii dependenţi de droguri şi traficanţii din centrul marilor oraşe.

În cursul anului 1989 a apărut în SUA un amestec de crack şi heroină numit **crank**, fiind, după opinia specialiştilor, extrem de periculos. El combină efectele fizice ale dependenţei create de heroină cu intensul „flash" al crack-ului. Efectul durează între 2-4 ore (nu o jumătate de oră ca în cazul crack-ului). Cunoscut şi sub numele de **speedball**, amestecul se fumează cu pipa. heroina prelungind efectele crank-ului.

Crank-ul este şi el un drog nou, apărut tot în SUA în 1989, constituind un melanj între crack şi o amfetamină. Are un efect de 8 până la 24 ore; produce o intensă euforie, dar şi agresivitate, halucinaţii, note paranoide. Folosirea prelungită poate produce vătămări fatale ale plămânilor şi rinichilor, precum şi îmbolnăviri psihice de lungă durată.

„Descoperim oameni cu disfuncţii datorate acestui drog la 2 ani şi jumătate după ce au încetat să-l mai folosească", afirma Earlene Piko, director al unui Centru de Sănătate Mintală din Hawaii, primul stat american atins de acest drog (S. Ţurlea, 1991, p. 221). Narcomanii americani care i-au descoperit imensa putere îi spun drogului „ice" (gheaţă), datorită cristalelor evidente formate în procesul producţiei.

În contrast cu efectul puternic de 20 de minute al cocainei, o doză de „gheaţă" are un efect de 8 până la 24 ore. Spre deosebire de cocaină obţinută dintr-o plantă care creşte în Anzi, „gheaţa" poate fi produsă în laborator, folosindu-se substanţe chimice lesne de obţinut.

În această ordine de idei trebuie menţionate acele substanţe chimice care produc vapori psihoactivi, fiind în principal doar banale produse

chimice utilizate în gospodării pentru curățat sau ca produse cosmetice, adezivi, benzine pentru automobile și, sunt vândute și cumpărate fără nici o restricție din magazinele aflate la dispoziția cetățenilor, oricui.

Ele au intrat, în ultimul timp în atenția specialiștilor, deoarece sunt deja folosite în mod abuziv în marile colectivități umane, în special de către minori și tineret, dar și de către adulți. Unii autori consideră aceste substanțe volatile ca fiind principalele căi de acces spre consumul drogurilor veritabile, ori de substituire a acestora.

„La doze mici, individul care le folosește se simte ușor stimulat, iar la o cantitate mai mare inhibat, se simte mai puțin stăpân pe el; când se apelează la doze mari se poate ajunge la pierderea cunoștinței, ori chiar la deces, prin stop cardiac. Inhalările repetate ale vaporilor psihoactivi, de-a lungul mai multor ani, va crea probleme permanente sistemului nervos central, afectând în mod serios ficatul, rinichii, inima, sângele, etc.", apreciază unul din specialiștii români.

Ca și drogurile veritabile ierarhizate astfel de uzanța și convențiile internaționale, riscurile se multiplică în ierarhia drogurilor fiind folosite concomitent cu ingerarea de tranchilizante, somnifere și alcool, potențându-le efectele într-un sens nedorit.

Drogurile inhalante nu sunt puse sub control, dar ele, constituind un permanent pericol, trebuie supravegheate cu atenție pentru a nu produce consecințe nedorite.

Designer Drugs este un termen de origine engleză, prin care se definește, în publicații și manuale de specialitate, un nou tip de droguri apărut pe piața clandestină.

Așa cum arată Drăgan, J. (1994) „acestea se obțin pe cale chimică, prin modificări minore de structură, pornind de la anumite substanțe **supuse regimului stupefiantelor".**

Prin faptul că noii derivați diferă din punct de vedere chimic de substanțele de la care se pleacă, se dă posibilitatea celor implicați în activitățile ilegale cu droguri de acest tip să evite rigorile legii. Fenomenul a apărut în anii 1970 în SUA și a căpătat amploare în întreaga lume.

Cele mai cunoscute **designer drugs** sunt de două tipuri:

1. **derivați de fentanil**: acetil fentanil; alfa-metil fentanil și 3-metil fentanil;

2. **derivați de petidina** (meperidina) și M.P.T.P.; M.P.P.

Derivații enumerați se caracterizează printr-o activitate farmacologică deosebită, fiind cu mult mai activi decât substanțele de origine în ceea ce privește analgezia, euforia, gradul de dependență, precum și toxicitatea pe care o exercită asupra organismului. „Dependența instalată după consumarea acestor droguri noi este de tip morfinic. Recurgerea la **designer drugs** de către traficanții ilegali, ca și intrarea în atenția traficanților a acestor droguri se bazează pe faptul că, *fiind foarte active din punct de vedere farmacologic*, permit obținerea dintr-o cantitate mică de substanță a unui număr mare de doze destinate consumului, precum și pe *ușurința de a se produce cantități mari în timp scurt*, ceea ce scade posibilitatea depistării laboratoarelor clandestine de către autorități" (Ibidem).

Designer drugs sunt greu de identificat și detectat prin mijloace chimice de rutină; unele dintre ele substituie heroina fără inconveniente deosebite.

Luând cunoștință de proliferarea acestui flagel și de consecințele nefaste pe care le poate avea asupra consumatorilor, la recomandarea O.M.S., Comisia de Stupefiante de pe lângă Consiliul Economic și Social al ONU a introdus în 1988 drogurile de tip *designer drugs* sub control internațional.

Un aspect caracteristic și deosebit de alarmant al toxicomaniei moderne este „contaminarea" cu droguri a multor grupuri tot mai mari de toxicofili ajungând în unele țări la un adevărat fenomen de masă.

2.2. Asocierea drogurilor cu alte substanțe psihoactive

Un pericol al toxicomaniei moderne îl constituie asocierea altor droguri cu alcool. Se ajunge la politoxicomanie cu suprapunerea efectelor toxice. De asemenea, se utilizează trecerea de la un drog la altul, apoi revenirea la primul – „toxicomania încrucișată". În Japonia se consumă succesiv opium și amfetamină (*apud*, I. Suceavă și P. Olaru, p. 101).

Vallalbi Jr., Nebot M. și Ballestin M. au realizat în 1992 o cercetare privind folosirea de tutun, alcool și droguri de către elevii clasei a VIII-a (13-14 ani) dintr-un eșantion reprezentativ din Barcelona. În privința tutunului, s-a constatat că 44% fumaseră; 10,9%

sunt fumători constanți, 15,5% au cumpărat tutun la un moment dat. Nu există diferențe între sexe la această vârstă; 3,5% nu au băut niciodată; 1,7% beau zilnic, 15,5% beau în week-end și 62,9% beau de sărbători; 22,4% au băut cel puțin o dată. Nu există diferențe în privința alcoolului la această vârstă.

În privința drogurilor noninstituționalizate, 35% dintre elevi cred că mulți adulți le folosesc; 22,4% consideră că unii prieteni le-au încercat. Rezultatele arată penetrarea crescută a tutunului și alcoolului în mediul intim al elevului ca și procesul de inițiere în folosirea lor.

Autorii mai sus menționați arată că în „Spania se înregistrează un număr mare de decese datorate abuzului de tutun, alcool și droguri. Adolescența este o perioadă cheie pentru obișnuirea cu aceste substanțe. Este necesară o bună cunoaștere a atitudinilor, credințelor, percepțiilor de mediu și comportamentului adolescentului pentru evaluarea intervențiilor preventive" (J. R. Villalbi, și M. Nebot, *Medicina clinică*, 1995, p. 27).

Notăm studiul privind „Folosirea drogurilor de către consumatorii pătimași ai alcoolului", în care autorii E. Tsuang, J. W. Shapiro, Tl. Smith și M. Schuckit au pornit de la ipoteza că „mulți oameni care folosesc alcool utilizează și alte droguri. Cu toate acestea, nu se cunosc foarte multe lucruri privind relația dintre folosirea drogurilor în trecut (nu neapărat dependența) și progresele privind viitorul tratament" (Shapiro, J. W; Tsuang, E.; Smith Tl.; Schuckit M., 1994, p. 483).

În fond, scopul studiului a fost determinarea ratelor de folosire a drogurilor printre consumatorii pătimași de alcool și de a evalua posibilele relații dintre trecutul folosirii drogurilor și viitorul folosirii acestora. Au fost selectați 630 „veterani" consumatori de alcool de la San Diego Medical Center. Subiecții au fost împărțiți în 4 grupuri determinate de istoricul folosirii drogurilor:

- Grupul I (N = 226) – persoane care nu folosesc droguri;
- Grupul II (N = 146) – alcoolici care au folosit marijuana;
- Grupul III (N = 210) – persoane alcoolice care nu au folosit niciodată somnifere;
- Grupul IV (N = 52) – persoane utilizatoare de diferite somnifere.

Comparaţiile făcute pe cele patru grupuri timp de 3 luni au relavat faptul că alcoolicii din grupurile III şi IV prezentau şanse mai mari de a reîncepe să consume droguri. Cu toate acestea, cele patru grupuri prezintă rate similare de revenire la consum de alcool.

Unele cercetări au demonstrat **interacţiunea consumului de alcool şi droguri cu afecţiuni cronice la adolescenţi.**

În decursul adolescenţei normale, unii indivizi consumă experimental alcool şi droguri. Adolescenţii cu o maladie sau un handicap cronic pot fi şi ei tentaţi de acest tip de experienţă. Dificultăţi de adaptare la propria maladie riscă să-i antreneze spre abuzuri. Se estimează că un adolescent din zece se confruntă cu maladii sau handicapuri cronice. Însăşi adaptarea la adolescenţă şi la maladia cronică este o sursă potenţială de probleme: depresie, acţiuni impulsive sau autodistructive, negativism sau regresie. Consumul temporar sau prelungit de droguri poate face parte din experimentarea normală din timpul adolescenţei sau poate fi „un reflex al proastei adaptări a adolescentului faţă de maladia sa cronică" (D. Taddeo, 1994, p. 1403).

Un studiu recent al lui Gold şi Gadstein pe un grup de diabetici cu vârste între 11-25 de ani arată că 33% au consumat alcool în luna anterioară; 4% marijuana şi cocaină, în timp ce la o populaţie de tineri şcolari consumul de droguri în luna anterioară era 58,6% alcool; 13,9% marijuana şi 2,1% cocaină. S-a relevat şi faptul că istoricul unei familii cu alcoolism sau toxicomanie a fost asociat la adolescenţi consumului de droguri sau alcool. 27% dintre tinerii diabetici americani consumau de regulă tutun, conform unui studiu întreprins de Glasgow şi colegii săi.

Abordarea fenomenelor legate de alcool după un **model biopsihosocial** permite o mai bună înţelegere a acestui tip de problematică, în special în ceea ce priveşte tulburările psihopatice asociate. Alcoolul poate fi **cauza, consecinţa** sau **factorul** agravant al problemelor psihice. **Stările depresive, tulburările anxioase şi cele de personalitate sunt diagnosticele cel mai frecvent asociate celor de abuz sau dependenţă de alcool.** Ele necesita o adordare terapeutică specializată din cauza importanţei lor capitale în privinţa diagnosticului. „În anii '70 un grup de experţi de la O.M.S. a suprimat termenul de alcoolism şi a propus un model conceptual de

tip biopsihosocial destinat unei mai bune înțelegeri a comportamentului unui individ în raport cu alcoolul" (C. Davidson, 1991, p. 2407).

Numeroase studii au demonstrat o puternică prevalență a unei tulburări datorate consumului de alcool. Mendelson estimează că 75% dintre subiecții cercetați care au făcut abuz sau sunt dependenți de alcool prezintă o tulburare psihopatologică. Ei au avut unul sau mai multe asemena episoade în decursul vieții lor.

La fel, în cadrul unei vaste cercetări care viza stabilirea unui diagnostic în cazul a 11292 de pacienți consultați pentru tulburări psihice, diagnosticul de dependență de alcool reprezintă primul diagnostic în cazul bărbaților și al treilea în cazul femeilor, ceea ce demonstrează marea amploare a acestui fenomen.

Probabilitatea prezenței unei tulburări psihice asociate sporește odată cu severitatea consumului de alcool.

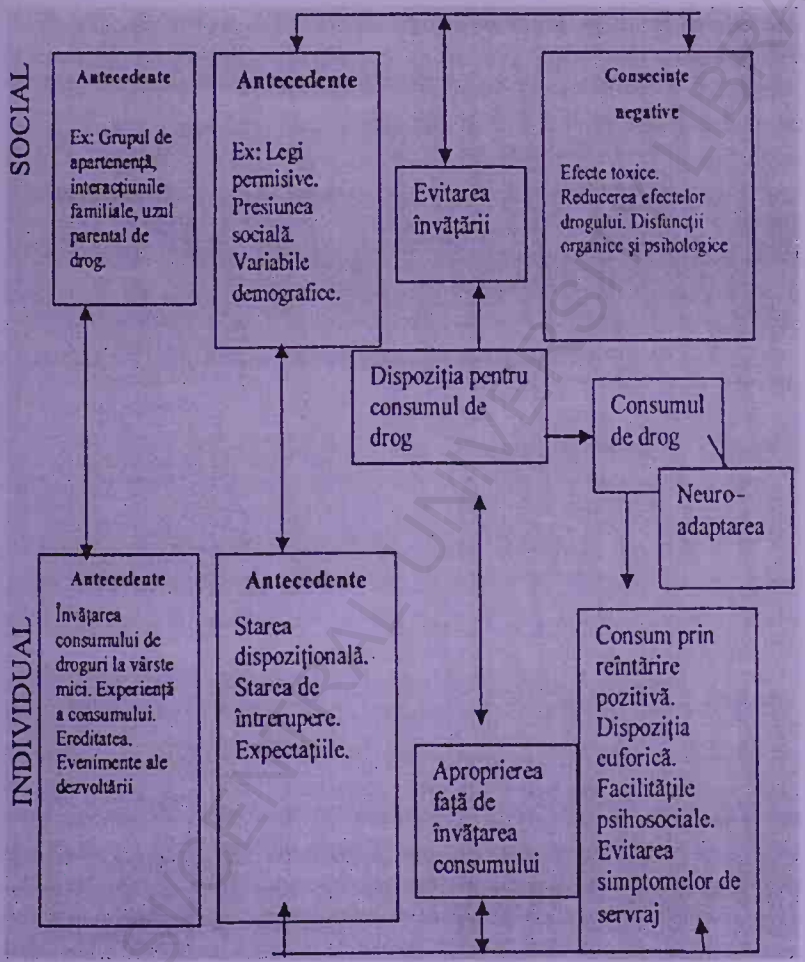
Weigner C. și Caetano R. au realizat o cercetare privind asocierea dintre dependența de alcool – problemele psihice și folosirea drogurilor. Studiul a fost efectuat pe un eșantion de 219 bărbați și 162 femei, care au urmat consecutiv nouă programe de dezalcoolizare în California. Rezultatele arată că problemele psihice sunt grave la bărbații care depind mai sever de alcool și printre cei care au o educație precară. Femeile care depind mai puțin de alcool și cele care sunt foarte tinere au probleme psihice mai mari decât celelalte. 65% dintre bărbați și 64% femei au folosit droguri pe parcursul a 12 luni anterioare intrării în tratament. Bărbații și femeile au consumat cel mai adesea *crack-cocaină, marijuana și meta-amfetamină.* Printre bărbați s-a remarcat că folosirea drogurilor este asociată cu vârsta tânără. Femeile erau tinere fără serviciu, cu un venit ridicat, dar care consumau mult alcool și prezentau simptome de dependență de alcool.

2.3. Dependența de substanțe psihoactive și supoziții etiologice

Pentru a lupta împotriva abuzului de droguri una din cele mai mari dificultăți constă în identificarea cauzelor care stau la baza consumului de drog.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) prezintă un model schematic al factorilor care influențează consumul de drog și care conduce la dependență. Acest model, prezentat de Kaplan și colaboratorii săi (H. J. Kaplan, 1995, p. 776) este modelul de la care au derivat criteriile de diagnostic din DSM III – R, DSM IV și ICD 10 și care consideră **dependența de drog un proces** în care interacționează factori multipli care influențează comportamentul de consum, decizia de a consuma un anumit drog. Autorii americani consideră că persoanele care devin dependente de același tip de drog, nu trăiesc efectele drogului în același fel sau, nu sunt motivate de același set de factori. Mai mult decât atât, în diferite stadii ale procesului, diferiți factori pot fi mai mult sau mai puțin importanți. Astfel, acceptarea socială a consumului de drog și presiunea socială a grupului, pot fi determinanții majori ai începerii consumului de drog, dar alți factori, cum ar fi structura intimă de personalitate și factorii biologici sunt probabil mai importanți în perceperea efectelor anumitor droguri. Schema prezentată de autorii americani ilustrează modul în care diferiți factori pot interacționa în dezvoltarea dependenței de drog. Elementul central, ilustrat aici, este chiar comportamentul de consum. Decizia de a consuma o anumită substanță este influențată de condițiile sociale și psihologice imediate, dar și de antecedentele persoanei, de istoria sa și a familiei sale.

Consumul de substanță inițiază o succesiune de consecințe, care pot fi inițial benefice și ulterior, dăunătoare și care, printr-un proces de învățare pot determina într-o mai mare sau mai mică măsură repetarea comportamentului de consum. Pentru unele droguri, consumul determină o serie de procese biologice, asociate cu toleranța și dependența fizică. Treptat, toleranța poate reduce unele dintre efectele drogului, necesitând consumul unor doze din ce în ce mai mari, ceea ce poate accelera dezvoltarea dependenței fizice. Dependența fizică, în general, devine un motiv foarte serios pentru continuarea consumului de substanță psihoactivă.



OMS – modelul schematic al consumului și dependenței de drog (după G. Edwards, A. Arif, R. Hodgson: *Nomenclature and Classification of Drug and Alcohol Related Problems*, 1995)

Schema prezintă, de asemenea, lanțul de consecințe inițial positive, apoi negative ale deciziei de a începe consumul de substanță psihoactivă.

BCU IASSY CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Pentru a înțelege mai bine modul în care acționează toți factorii întâlniți în literatura de specialitate în determinarea dependenței de drog i-am sistematizat în 3 categorii, după cum urmează:

1. **factori sociali şi de mediu;**
2. **factori biologici;**
3. **factori psihologici.**

2.3.1. Factorii sociali şi de mediu

Factorii sociali, respectiv atitudinea socială, convingerile sociale, disponibilitatea drogului, relația cu familia, presiunea socială, urbanizarea şi şomajul influențează decizia de consum a unor substanțe psihoactive: alcool, tutun, apoi mai târziu cocaină, heroină. Aceşti factori sunt cei care vor determina continuarea consumului de substanțe psihoactive, pe lângă factorii biologici şi cei psihologici.

În general, medicii şi psihologii americani (Kaplan şi colaboratorii, 1995, p. 767) arată că folosirea de substanțe psihoactive acceptate social (alcool, tutun), precede consumul de opiacee şi cocaină; aceste substanțe fiind „poarta" spre consumul altor droguri.

Credințele şi atitudinile sociale, influențează în mare măsură patternul de consum. Autorii americani, arată că în S.U.A, consumul de cannabis a crescut printre tineri în anii 1970-1979, apoi a scăzut vizibil în următorul deceniu deşi substanța nu a devenit mai puțin disponibilă. Unii cercetători consideră că, scăderea consumului a fost legată de schimbarea percepției în legătură cu efectele nocive ale cannabisului asupra sănătății. Similar, consumul de cocaină a crescut spre sfârşitul anilor '70, în pofida prețului mare şi a riscurilor pe care le implică consumul acestei substanțe. Datorită numărului foarte mare de articole referitoare la creşterea numărului de decese în rândul celor care consumă cocaină, în a doua jumătate a anilor '80, consumul a scăzut printre cei care foloseau această substanță, la fel şi prețul acesteia pe piața de vânzare (Kaplan şi colaboratorii, 1995, p. 767).

Consumul de substanțe psihoactive este de asemenea influențat de disponibilitatea acestora pe piață, într-o anumită societate. Când

cantitatea lor pe piață crește, prin creșterea numărului celor care vând, în mod evident crește și consumul. Folosirea de droguri ilicite (opiacee, cocaină) este mai mare, datorită disponibilității mai mari, în anumite zone. Această disponibilitate mare a substanțelor psihoactive nu numai că influențează începerea consumului de drog, dar și continuarea și reluarea lui după o anumită perioadă de întrerupere. Multe persoane au încercat să urmeze un tratament de detoxifiere, pentru a renunța definitiv la consumul de drog, dar datorită faptului că trăiesc în zone în care drogurile sunt la îndemână, reiau consumul.

Când un număr mare de consumatori de droguri trăiesc într-o anumită zonă, se dezvoltă o anumită **subcultură care încurajează și susține** începerea consumului. Toți cei care fac parte din acel grup au propriile moravuri, propriul lor limbaj, propria lor scală de valori, chiar dacă este deformată. Oricine nu se droghează, nu este *„la modă"* pentru ei. Treptat, aceste grupuri sunt *marginalizate* și *separate* de societate.

Zonele în care consumul de droguri este mai mare se caracterizează printr-o rată mare a crimei, a șomajului, un sistem școlar cu mari probleme, toate acestea servind la diminuarea capacității de a mai avea expectații în legătură cu propria persoană, la reducerea autostimei asociată cu rezistența la consum și cu un prognostic rezervat în cazul în care s-a dezvoltat deja o dependență.

Un alt factor implicat în determinarea unui comportament de consum este dinamica familială. Abuzul de substanță al unui membru al familiei este adesea determinat de comportamentul de consum și a altor membri ai familiei. Aceste interacțiuni pot afecta profund viața acestor familii. Relațiile care există între membrii unei familii pot juca un rol important în etiologia dependenței de drog și în tratamentul său, ca și în ajutorul acordat acestora pentru a face față problemelor asociate consumului de substanță psihoactivă.

Foarte multe articole există în literatura de specialitate despre familiile alcoolicilor și a celor care consumă heroină. Mai puține date există despre familiile celor dependenți de benzodiazepine sau nicotină, date care să sugereze existența unor disfuncționalități ca și în cazul celor afectați de problemele consumului de alcool, opiacee sau cocaină.

Nu s-a stabilit cu exactitate, încă, gradul în care comportamentul unui membru al familiei este cauza care duce la apariția unui *pattern* **de consum sau efectul** față de acest comportament. Unii autori consideră că dependența este un simptom care conduce la apariția conflictelor putând juca un rol important în menținerea *disfuncționalităților în familie*.

Există situații în care, datorită consumului unuia sau altuia dintre părinți (uneori chiar și bunici) copilul devine el însuși consumator, imitând modelul parental.

În ciuda tuturor problemelor existente în aceste familii, membrii familiei respective sunt cei care aduc pacientul la spital pentru a urma un tratament de detoxifiere. Clinicienii sunt de părere că implicarea familiei este foarte importantă, dacă nu esențială; ea este cea care ar trebui să ofere dragoste, suport moral, protecție pacientului, asigurând în acest fel reușita tratamentului.

În anturajul imediat al unui tânăr, din afara familiei asupra lui pot acționa presiuni sociale, determinându-l să înceapă consumul de drog pentru a fi „în rând" cu ceilalți (imitație a comportamentului celorlalți). PRESIUNEA GRUPULUI, în funcție de calitatea lui, poate avea efecte negative, dar și pozitive, împiedicând individul să înceapă uzul de substanțe psihoactive. Consumul de drog poate fi determinat și de curiozitate, de „primă impresie", care va influența mult suita de evenimente ce vor urma. Cu cât prima experiență are loc la o vârstă mai fragedă, cu atât există șanse mai mari de recidivă. Lipsa de informații, deformarea realității îl fac pe cel care începe consumul de drog să ignore consecințele acestuia asupra sănătății, continuând să-l folosească. Când pericolul apare este adesea, prea târziu pentru a pune capăt consumului sau pentru a repara disfuncțiile cauzate.

„**Alinierea**" este un factor care poate influența și poate conduce la determinarea unui comportament de consum. Omul are nevoie de sentimentul de apartenență la o familie, grup sau comunitate. Oricine se simte izolat încearcă, de obicei, să găsească un grup căruia să i se alăture. Se întâmplă uneori ca grupul să fie compus din persoane care au acest sentiment de izolare și ei caută alinarea în drog. Astfel se întâmplă în rândurile grupurilor minoritare care întâmpină dificultăți extrem de mari la integrarea într-o societate ajungând, în unele cazuri,

să fie marginalizate social. Aflați pe „marginea prăpastiei" membrii acestor grupuri alunecă pe panta decăderii și degradării umane. Acești indivizi sunt incapabili de a se adapta și de multe ori își caută refugiul în lumea drogului.

Urbanizarea și șomajul contribuie în mare măsură la creșterea numărului celor care se vor orienta spre calea periculoasă a abuzului de drog. În multe regiuni se descrie un veritabil exod al populației rurale care vine în oraș să caute de lucru și o viață mai bună. Despărțirea de părinți, dispariția valorilor tradiționale și a structurilor familiale pot genera sentimente de singurătate, izolare și deznădejde. Acomodarea la viața citadină poate fi foarte dificilă, în general. Absența instrucției și a unei formări profesionale condamnă adesea la șomaj, făcând aceste persoane extrem de vulnerabile față de consumul de drog. Numeroasele probleme legate de crearea unui nou mod de viață pot împinge individul pe calea consumului și abuzului de drog oricare ar fi acesta.

Consecințele sociale ale consumului de drog sunt multiple. În primul rând, drogurile ilicite fiind în general scumpe se ajunge în situația că individul poate fura, excroca pentru a-și procura banii necesari. În al doilea rând, dependența de drog poate conduce la deteriorări în activitatea socială și profesională (șomaj), la probleme familiale (neglijarea copiilor, divorț). De asemenea, persoanele cu un comportament social anterior stabil pot fi supuse unor presiuni sociale puternice pentru a se conforma moralei antisociale sau infracționale a grupului de apartenență.

Astfel, tentația și înclinația de a consuma droguri conduce treptat la o stare de subordonare tiranică a individului față de drog, condiționându-i existența. Așa se explică de ce, pentru cei mai mulți consumatori, drogul devine rațiunea supremă a vieții lor, fiind capabili de orice sacrificiu pentru a-și procura doza zilnică de drog, *„această minciună frumoasă, însă mai trainică decât un balon de săpun"*.

2.3.2. Factorii biologici

Autorii americani cu experiență în domeniu consideră că în familiile cu părinți alcoolici sau dependenți de drog, copiii reprezintă

un risc mai mare pentru a dezvolta dependență de drog, decât copiii proveniți din părinți care nu consumă aceste substanțe. Creșterea riscului, consideră acești autori, se datorează probabil factorului de mediu (modelul parental, neglijarea copilului), dar în mai mare măsură factorilor ereditari.

Posibilitatea ca EREDITATEA să fie un factor în determinarea dependenței de drog este susținută prin cercetările făcute pe animalele de laborator (șobolani). S-a constatat că șobolanii testați diferă între ei în ceea ce privește preferința pentru alcool, dar și pentru opiacee, amfetamine și cocaină. Într-un set de experimente, comparând două specii de șobolani, specia care preferă alcoolul manifestă de asemenea o mare preferință pentru opiacee. La aceste animale s-a constatat că factorii genetici mediază senzitivitatea lor la toxic. (*apud.*, Kaplan și colab. 1995, p. 770).

Cauzele dependenței de drog, după cum susțin și autorii englezi, pot fi de asemenea farmacologice și fiziologice. După ce s-a ajuns la administrarea regulată a drogului, factorii farmacologici devin importanți în determinarea dependenței și susținerea consumului. Dependența farmacologică se dezvoltă rapid la opiacee și probabil mai lent la anxiolitice și nu pare să se dezvolte la cannabis și la halucinogene. Mecanismul farmacologic al dependenței nu este foarte clar înțeles, dar poate implica modificări la nivelul receptorilor sinaptici. Ipotezele biochimice actuale ale psihofarmacologiei se referă la procese care au loc la nivelul molecular, la influența substanțelor psihoactive asupra unei varietăți de substanțe endogene ale sistemului nervos central, în special asupra celor cu rol de neurotransmițători în sinapsele neuronale (V. Predescu, 1989, p. 477). Roluri certe de neurotransmitători (sau neuromediatori) au: *dopamina, noradrenalina, serotonina, acetilcolina, acidul gamma-amino butiric* (GABA), *acidul glutamic, glicina*, lista rămânând în continuare deschisă.

Încă din 1973 se știe că existența unor receptori specifici pentru opioide. Au fost propuse trei clase principale pentru aceștia (alți autori au distins cinci receptori: mu, sigma, delta, kappa și epsilon). Fiecare opioid acționează doar asupra unora dintre acești receptori și a subtipurilor lor.

Receptorii **MU**:
- se caracterizează prin afinitatea lor la morfină și la betablocante,
- acțiunea lor principală e relaționată cu euforia, dependența, depresia respiratorie, analgezia spinală și supraspinală,
- au fost descrise două subtipuri
- nici un tip de dependență nu se dezvoltă fără receptorii MU.

Receptorii **KAPPA**:
- sunt sensibili la ketociclazocină și la endorfine
- se relaționează cu analgezia spinală și suprarenală, diminuarea tranzitului digestiv, acțiune psihomimetică, sedarea și sporirea diurezei,
- activarea lor nu suprimă S.A.O.
- au fost descrise cel puțin trei tipuri,

Receptorii **DELTA**:
- au ca legătură endogenă encefalinele, care sunt relaționate cu analgezia spinală și supraspinală,
- se cunosc foarte puține despre stimularea acestui receptor,
- există două subtipuri descrise.

Locurile cu cea mai mare concentrație de receptori opioizi în S.N.C. se situează în:
- în locus coeruleus,
- corpii striați și substanța neagră,
- nucleul amigdalian.

Consumul de opiacee acționează asupra sistemului de recompensă sau reîntâlnire, activând calea dopamineralogică mezolimbică a ariei tegumentare ventrale, care ocazionează eliberarea de dopamină în nucleul accumbens (unde sunt și receptorii MU) fapt care diminuează eliberarea de GABA asupra neuronilor dopaminergici ai ariei tegumentare ventrale. În acest fel, căutarea de opiacee devine necesară pentru recuperarea unei transmisii dopaminergice normale.

Un alt loc unde se găsesc receptorii MU este locus coeruleus în care există neuroni eliberați de noradrenalină și a cărui funcție este relațională cu pregătirea anterioară situațiilor de alarmă, panică, frică sau anxietate. Controlând activitatea normală a scoarței cerebrale, opioidul acționează asupra receptorilor inhalând eliberarea de noradrenalină;

sistemul răspunde crescând sensibilitatea receptorilor postsinaptici pentru a menține activitatea neuronală; se știe deja că în abstinență apare o creștere pronunțată a activității noradrenalinice, responsabilă în mare măsură de manifestările sindromului de abstinență acută.

Antagoniștii opioizi (naloxona și naltrexona) sunt derivați ai tebainei, care este un alcaloid al opiumului, iar efectul lui în absența acestui opiaceu este aproape nul.

NALOXONA se absoarbe bine pe cale digestivă, dar în plus, metabolizarea hepatică e suficient de intensă pentru a fi recomandată calea parenterală.

Utilitatea sa terapeutică este legată de depresia respiratorie indusă de opiacee, deoarece are cea mai mare afinitate pentru receptorii MU. Totuși efectele sale nu durează mai mult de trei ore, apoi putând reapărea scăderea ritmului respirator indusă în acest caz de heroină.

NALTREXONA se absoarbe bine pe cale orală, biodisponibilitatea ei fiind superioară Naloxonei, între 5% și 40%. Se elimină în principal prin urină între 58% și 79%.

2.3.3. Factorii psihologici

Psihologii consideră că persoanele care folosesc substanțe psihoactive, în general, au tulburări afective (depresie), sau o tulburare a controlului impulsului de a consuma, în care căutarea de plăcere este dominantă. Noile formulări ale psihanalizei vorbesc despre efecte ale Ego-ului, dar rămân fidele vechilor formulări, schimbând puțin terminologia și punând accent pe incapacitatea de a face față durerilor, necazurilor. Se consideră că substanțele psihoactive ajută Ego-ul în controlarea acestor tulburări, iar consumul lor poate fi văzut ca o formă de autoadministrare a medicației. Se afirmă de către psihanaliști că elementele psihopatologice reprezintă motivația fundamentală pentru începerea consumului, pentru dependență și pentru reluarea lui după o perioadă de abstinență.

Mulți autori sunt de părere că unii consumatori de drog, mai ales tinerii care folosesc drogurile ilicite, par să aibă un anumit grad de

VULNERABILITATE A PERSONALITĂȚII, anterioară începerii consumului. Ei par adesea lipsiți de resursele necesare de a face față exigențelor vieții continue, sunt nestatornici în sentimentele lor, sunt în dezacord cu societatea și autoritățile după cum arată slabele rezultate profesionale, absenteismul și actele de delincvență. Mulți acuză stări de depresie, de anxietate, dar este rareori limpede dacă acestea sunt **cauzele** sau **consecințele** dependenței de drog. La unii pacienți în anamneza familială există afecțiuni mintale sau tulburări de personalitate. C. Gorgos, în lucrarea sa din 1985, (p. 354), citează unii autori după care toxicomanii ar fi structuri dizarmonice de personalitate. Nu există însă o „stare mintală", consideră același autor, specifică toxicomaniei. Stările depresive sau structura de personalitate psihastenică o favorizează, determinând inadaptare la viața socială, invaliditate morală.

De asemenea mulți toxicomani provin din medii deorganizate și adesea au avut o copilărie nefericită. Numeroase cazuri de dependent se întâlnesc printre cei care suferă de o boală gravă (cancer, astmă bronșic), necesitând calmante și ajungând rapid la toxicomanie. Factorul medicației intervine și în anumite profesiuni în care există posibilitatea de a avea acces la substanțe psihoactive medici, farmaciști, personal sanitar, în genere.

Factorii psihologici ar putea acționa prin condiționare și reîntărire. Sunt autori care afirmă că unele din simptomele care apar la întreruperea consumului sunt răspunsuri condiționate formate în timpul experiențelor anterioare de consum repetat. De asemenea, unele droguri, precum opiaceele au efecte proprii de reîntărire, după cum arată faptul că animalele de laborator execută comenzi pentru a le obține ca recompensă.

Cercetători consacrați consideră că uzul de drog, indiferent dacă este ocazional sau zilnic poate fi văzut ca un **proces de învățare prin condiționare**. Orice eveniment care întărește un pattern comportamental anterior poate fi considerat o întărire a acelui comportament. Drogul poate întări un comportament prin înlăturarea unor stări neplăcute ca DUREREA, ANXIETATEA sau DEPRESIA. În unele situații sociale consumul de drog poate fi întărit prin aprobarea prietenilor din grupul de apartenență. La substanțele cu acțiune de scurtă durată cum ar fi:

heroina, cocaina, nicotina, alcoolul, asemenea întăriri se produc de mai multe ori pe zi creind un puternic pattern de întăriri.

Totodată, comportamentul asociat consumului de substanță împreună cu elementele asociate (țigări, disponibilitatea drogului, seringi), pot deveni întăriri secundare, prezența lor ducând la apariția dorinței de a relua consumul. **Consumul devine o adevărată obișnuință, un ritual zilnic, un mod de viață.** Acest tip de condiționare (condiționarea clasică) a fost demonstrat în laboratoare pe animale sau pe studenți voluntari dependenți de methadonă și aflați în perioadă de abstinență.

Expuși la stimuli externi legați de consumul de substanță sau la întreruperea consumului s-a constatat că acești stimuli pot condiționa menținerea stării de întrerupere sau dorința de a relua consumul. Dorința de consum nu este în mod necesar determinată de înlăturarea simptomelor de sevraj, ci de o serie de situații precum: disponibilitatea drogului, percepția vizuală a unor atitudini, conduita, gesturi ale persoanei care consumă drog. Cercetările arată că indiciile care amintesc de drogul consumat sunt mult mai puternice în stimularea dorinței de consum și reluarea uzului de drog, decât cele care condiționează abstinența.

În același sens, unele cercetări apreciază că deși întărirea pozitivă este văzută ca un factor etiologic dominant în geneza dependenței de drog, cocaină, amfetamină, heroină, întărirea negativă și fenomenele neplăcute ale întreruperii consumului pot fi în egală măsură sau chiar mai importante în determinarea folosirii drogului. Simptomele de abstinență sunt un factor important în continuarea consumului și în reluarea lui după o perioadă de renunțare la drog. Nu este încă stabilit în ce măsură durata perioadei de abstinență contribuie la creșterea riscului de reluare a consumului. Este evident că alcoolul, opiaceele, sedativele, determină tulburări ale dispoziției, somnului, ale proceselor cognitive, care persistă mult: săptămâni sau chiar luni după întreruperea consumului.

2.4. Terminologie și validitatea diagnostică

Termenii utilizați pentru a descrie tulburările induse de uzul de substanțe psihoactive au fost revizuiți în mod repetat. Încă din 1964

O.M.S. a recomandat substituirea termenilor „*adicție*" și „*obișnuință*" cu termenul de „*dependență de drog*". Acest termen a fost apoi definit pentru fiecare varietate de drog în parte. În 1980, în a treia ediție a DSM (DSM III), tulburările datorate uzului de substanțe psihoactive erau împărțite în două importante categorii: abuzul de drog și dependență de drog, prezentându-se criteriile specifice pentru diagnostic. În DSM III – R, adoptat în 1987, cele două categorii au fost păstrate, dar criteriile de diagnostic au fost modificate. În literatura de specialitate termenul „*dependență*" este folosit pentru a desemna:

1. **un sindrom comportamental;**
2. **dependența fizică sau fiziologică.**

Dependența fizică este definită ca fiind o alterare a sistemului nervos central care se manifestă prin toleranță și prin apariția simptomelor de sevraj (după o administrare de lungă durată a drogului) când consumul de substanță este întrerupt. Deoarece au apărut confuzii în folosirea celor două sensuri în 1980 O.M.S. recomandă folosirea termenului „dependență" pentru a descrie un sindrom comportamental și substituirea termenului „*dependență fizică*" cu termenul „*neuroadaptare*", deoarece consumul continuu de substanță provoacă schimbări neuroadaptative profunde care pot începe de la prima doză de drog (în cazul opiaceelor sau cocainei), dar aceste modificări nu sunt cauze suficiente de dependență înțeleasă ca un sindrom comportamental.

2.4.1. Diagnoza dependenței de substanțe psihoactive

Aceeași Organizație Mondială a Sănătății definește dependența de drog astfel: un sindrom, manifestat printr-un pattern comportamental în care uzul de substanță psihoactivă sau de o anumită clasă de substanțe este cel mai important, spre deosebire de alte comportamente care au avut înainte o mare însemnătate pentru subiect. Formulările din DSM III – R și DSM IV pentru abuz și dependență respectă îndeaproape această definiție. Atât în DSM III – R, cât și în DSM IV, elementul esențial al dependenței este un conglomerant de simptome cognitive, comportamentale,

fiziologice, care indică faptul că persoana şi-a alterat controlul folosirii unuei substanțe psihoactive şi continuă consumul, cu toate consecințele adverse.

Simptomele care compun sindromului de dependență sunt aceleaşi pentru toate categoriile de substanțe psihoactive, dar pentru unele clase de substanțe o parte din aceste simptome sunt mai puțin evidente, iar în unele cazuri nu se aplică.

Tabelul 4

Criteriile de diagnostic pentru dependență

1. Toleranță, definită de oricare din următoarele aspecte: a) O nevoie sde cantități din ce în ce mai mari de substanță pentru a obține intoxicația sau efectul dorit; b) O diminuare marcată a efectelor concomitentă uzului de aceeaşi cantitate de substanță
2. Întreruperea, ca manifestare a oricărui aspect din următoarele: a) Caracteristicile sindromului de servaj pentru substanța respectivă (referiri la criteriile A şi B de la criteriile de diagnostic pentru abstinență față de substanța respectivă) b) Substanța este luată pentru a putea ușura sau a evita simptomele de întrerupere
3. Substanța este luată adesea în cantități mari sau o perioadă mai lungă de timp decât intenționa persoana la început
4. Încercarea de a reduce sau controla uzul de siguranță s-a soldat cu un eşec
5. O mare parte a timpului este petrecută în activități necesare procurării substanței (ex.: vizite la numeroşi medici, parcurgerea unor distanțe mari pentru a procura substanța necesară), uzul de substanță sau recuperări din efectele acesteia
6. Importante activități sociale, sau profesionale sunt abandonate ori reduse din cauza uzului de substanță psihoactivă
7. Uzul de substanță este continuat în ciuda problemelor fizice sau psihice pe care le are persoana, probleme care au fost probabil cauzate sau sunt exacerbate de consumul de substanță (ex.: consumul de cocaină în ciuda faptului că acesta induce o stare depresivă, sau persoana continuă să bea în ciuda faptului că ştie că ulciorul de care suferă este agravat de consumul de alcool)
Notă: • Dependența fiziologică este dată de existența simptomelor de toleranță sau abstinență (oricare din itemii 1 sau 2 este prezent) • Fără dependență fizică: persoane la care nu sunt prezente simptome de toleranță sau abstinență (nici unul din itemii 1 sau 2 nu este prezent)

(După DSM IV, Ed. 4, Copyright American Psychiatic Association, în *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*, Washington, 1995, p. 756)

Sindromul de dependență are grade diferite de intensitate. Intensitatea este dată de natura comportamentelor care apar în consumul de drog și de natura comportamentelor secundare consumului.

Prezentăm în *tabelul 5* criteriile pentru SEVERITATEA DEPENDENȚEI DE SUBSTANȚĂ PSIHOACTIVĂ, prezentate conform DSM III – R.

Tabelul 5

Criteriile pentru severitatea dependenței de substanță psihoactivă

UȘOARĂ→ sunt criteriile cerute pentru a pune disgnosticul. Simptomele duc la deteriorare ușoară în activitatea profesională sau în activitățile sociale uzuale, ori în relațiile cu ceilalți
MODERATĂ → sunt simptome, sau deteriorare funcțională, situate între *„ușoară"* și *„severă"*
SEEVRĂ → apar simptome față de cele cerute pentru a pune diagnosticul, iar simptomele interferează în mod marcat cu activitatea profesională sau activitățile social uzuale

Elementele definitorii ale *dependenței de substanță* sunt:

- consumul repetat al unui drog;
- prezența în timp a fenomenului de toleranță, dependență și a sistemului de abstinență în cazul consumului;
- repercusiuni distructive fizice, psihice și sociale

2.4.2. Accepții și caracteristici ale toleranței

Toleranța constă în diminuarea progresivă a răspunsului, în condițiile administrării repetate a unei substanțe psihoactive, cu necesitatea creșterii dozei pentru obținerea efectului (V. Stroescu, 1977, p. 84). Sensibilitatea inițială revine după un timp de la oprirea consumului de drog. Gradul de toleranță depinde de dozele folosite și de durata administrării – fenomenul se instalează repede pentru dozele mari și este mascat în condițiile administrării prelungite.

Experimentele pe animale și cercetări la om au arătat că toleranța și dependența fizică încep să se dezvolte de la primele doze și se măresc progresiv în decurs de zile, săptămâni sau luni, în funcție

de cantitatea de medicament şi de frecvenţa administrării. Fenomenul prezintă specificitate de grupă chimică sau farmacodinamică.

Se admite că toleranţa şi dependenţa fizică sunt încrucişate (pentru doi sau mai mulţi compuşi înrudiţi chimic sau farmacodinamic) pentru morfină, heroină, methadonă şi alte analgezice de tip morfinic care, la dependenţi, pot fi înlocuite una cu alta; alcoolul, barbituricele şi alte hipnotice, meprobamat şi tranchilizantele benzodiazepinice dezvoltă de asemenea toleranţă şi **„dependenţă încrucişată"**.

Toleranţa se dezvoltă mai ales pentru efectele la nivelul SNC, care au caracter subiectiv şi sunt relative ca efecte periferice. Bolnavii care au devenit toleranţi, de exemplu la morfină, nu mai prezintă starea de euforie, nici celelalte fenomene centrale provocate de toxic în mod obişnuit, dar acesta produce în continuare mioză şi constipaţie. Există un grad important de toleranţă şi pentru efectele toxice şi letale – morfinomanii pot ajunge să suporte până la 4 g de morfină, ceea ce reprezintă doza supraletală.

După oprirea administrării substanţei care a provocat toleranţa, sesnsibilitatea normală revine în câteva zile, de unde posibilitatea apariţiei efectelor toxice, dacă după acest interval sunt reluate dozele anterioare perfect suportate. Toleranţa poate fi în parte datorată metabolizării mai intense, dar fenomenul principal este reactivitatea scăzută a neuronilor cerebrali, care urmare a intervenţiei unor mecanisme adaptative, atenuează sau anulează acţiunea directă, celulară a toxicului (*apud.*, V. Stroescu, 1977, p. 86.).

DEPENDENŢA FIZICĂ este o stare adaptativă, care are drept consecinţă apariţia de tulburări fiziologice intense din cauza consumului repetat al unui drog şi care impune continuarea folosirii substanţei pentru a preveni teribilele simptome de abstinenţă.

DEPENDENŢA PSIHICĂ, respectiv necesitatea emoţională dobândită faţă de consumul unui drog este determinată de un complex de factori de ordin farmacologic şi social. Modificarea funcţiilor psihoafective sub influenţa drogului se poate traduce prin stare de bine, relaxare, detaşare de preocupările zilnice, fenomene onirice etc. Pe un anumit teren psihic, probabil în funcţie de factorii genetici, aceste efecte dau naştere unei impresii de satisfacţie, de rezolvare a

dificultăților, generând dorința imperioasă de repetare a administrării și determinând astfel apariția dependenței psihice.

În anumite situații, factorii sociali pot fi foarte importanți. Pentru unele toxice ale căror acțiuni centrale au caracter predominant disforic este necesară **învățarea părții plăcute** a efectului psihic, făcând abstracție de părțile neplăcute.

Lipsa de informații, deformarea realității, tendința de evaluare dintr-un sistem social considerat nedrept, reprezintă câteva din elementele de ordin social care explică extinderea considerabilă a abuzului și dependenței de drog. Tendința la dependența psihică este foarte mare pentru morfină, alcool, cocaină, amfetamine, barbiturice, unele tranchilizante și relativ slabă pentru LSD, marijuana și alte halucinogene, cafeină, nicotină (*ibidem*).

Substanțele capabile să provoace dependență au acțiuni psihofarmacologice precum: reacție euforizată, liniștitoare, stimulantă psihomotorie, halucinogenă. Principalele substanțe psihoactive cu potențial de dependență sunt: morfina, heroina și compușii analogici, amfetaminale, cocaina, alcoolul, LSD și alte halucinogene și, în măsură ceva mai mică, barbituricele și alte hipnotice, meprobamatul și alte tranchilizante, nicotina, cafeina.

Bolnavul care a primit sau și-a administrat singur substanțe psihoactive capabile să dezvolte dependență, începe la un moment dat să ia drogul nu din cauza dependenței psihice (deoarece din cauza toleranței efectele centrale urmărite nu se mai produc), ci pentru a evita sindromul de abstinență care evidențiază dependența fizică. Oprirea administrării este urmată, de obicei, după câteva ore de manifestări clinice. Sindromul de abstinență este mai grav pentru substanțele cu acțiune intensă și de durată relativ scurtă (morfină, cocaină, heroină). Sindromul care se dezvoltă variază în funcție de substanța psihoactivă pe care o utilizează persoana respectivă. Simptomele comune includ: cefalee, insomnie, transpirație, greață, vomismente, diaree, astenie, palpitații, tahicardie, hipertensiune arterială, anxietate, neliniște și instabilitate psihomotorie.

Sindromul de abstinență apare și se dezvoltă progresiv de la necesitatea organică exprimată predominant printr-un simpton negativ

foarte neplăcut. Întreruperea consumului de substanță psihoactivă nu trebuie făcută prin suprimarea brutală a drogului, ci progresiv, sub control medical.

După perioada culminantă, simptomele fiziologice se vor diminua progresiv, dar subiectul acum va acuza neplăceri de ordin psihic: nervozitate, agitație, insomnii, acestea putându-se prelungi luni de zile.

Mecanismul dependenței fizice este probabil asemănător cu cel al toleranței – ipoteză relativ acceptată de specialiști.

Se presupune că intervin fenomene biochimice sau fiziologice compensatoare față de acțiunea substanței psihoactive. Sindromul de abstinență s-ar datora tocmai acestor fenomene care, în absența drogului, își pierd caracterul compensator, dând naștere, prin exces, simptomelor caracteristice (V. Stroescu, 1977, p. 87).

Prezentăm în continuare criteriile de diagnostic pentru starea de întrerupere (sevraj) conform DSM IV (*tabelul 6*)

Tabelul 6

Criteriile de diagnostic pentru sevraj

1.	Dezvoltarea unui sindrom specific pentru fiecare substanță, datorat întreruperii (sau reducerii cantității) de substanță psihoactivă care a fost consumată în cantități mari și o perioadă lungă de timp
2.	Un sindrom specific (pentru fiecare substanță) care provoacă probleme clinice sau tulburări în importante domenii de activitate: social, profesional, interrelații și reactivitate individuală.
3.	Simptomele nu se datorează unei probleme medicale și nu sunt specifice pentru o altă tulburare mentală

(După DSM IV, Ed.4, Copyright American Psychiatric Association, în *Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sixth Edition*, Washington, 1995, p. 757)

În principal, ***la dependeță se poate ajunge pe trei căi.*** În primul rând prin administrarea „drogurilor" (opiacee și barbiturice) prescrise de medici.

• La începutul secolului XX, o mare parte din dependență a început să fie cunoscută în țările consumatoare de droguri de acest tip. Apoi, după anii '60 la fel s-a întâmplat cu benzodiazepinele.

O a doua cale rezidă în posibilitatea procurării legale, fără rețetă. În secolul al XIX-lea și XX, o mare parte din dependența de

opiacee provenea din preparatele care conționeau morfină și care era diponibilă în farmacii.

• În sfârșit, o a treia cale este autoadministrarea de droguri ce pot fi obținute din surse ilicite (*„droguri de stradă"*).

2.4.3. Diagnosticul „Abuzul de drog" – Diagnosticare

În DSM IV elementele esențiale ale abuzului de substanță sunt următoarele: un *pattern* pervaziv de uz de substanță, manifestat prin apariția de consecințe adverse la consumul repetat de substanțe Aceste probleme trebuie să apară în mod repetat în timpul unei perioade de 12 luni. Criteriile pentru abuzul de substanță nu se referă la toleranță, întrerupere,, dar include, în schimb, concsecințele dăunătoare ale uzului repetat de substanță psihoactivă.

Prezentăm în *tabelul 7* criteriile de diagnostic pentru abuzul de sunstanță psihoactivă, conform DSM IV.

Tabelul 7

A.	Un pattern dezadaptativ de uz de substanță, care conduce la o serie de simptome clinice sau probleme, manifestat prin unul sau mai mulți din următorii itemi, apărând într-o perioadă de 12 luni: 1. Uzul repetat de substanță conduce la eșec în îndeplinirea rolurilor majore la locul de muncă, școală sau acasă (exemplu: absențe repetate sau performanțe slabe în activitatea profesională desfășurată, datorate uzului de substanță, exmatricularea din școală, neglijarea copiilor, a gospodăriei); 2. Uzul repetat de sunstanță, în situațiile în care este periculos pentru sănătatea fizică a persoanei (exemplu: conducerea unui automobil când persoana este intoxicată cu substanță); 3. Continuarea uzului de substanță psihoactivă cu toate că subiectul știe că are o problemă socială sau interpersonală persistentă, cauzată sau exacerbată de efectele substanței consumate.
B.	Simptomele nu satisfac criteriile pentru dependența de substanțe pentru clasa respectivă de substanțe.

(După DSM IV, Ed.4, Copyright American Psychiatry Association, în *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth Edition*, Washington, 1995, p. 757)

2.4.4. Dependența de polisubstanță și încercare de diagnosticare

Abuzul și dependența de substanță psihoactivă implică adesea mai multe substanțe administrate, fie simultan, fie succesiv. De exemplu, oamenii cu dependență de cocaină uzează frecvent de alcool, anxiolitice sau opiacee pentru a contracara simptomele de anxietate. Cei cu abuz sau dependență de opiacee sau cannabis, au tulburări determinate și de consumul de alte substanțe psihoactive, în special sedative, hipnotice sau anxiolitice, amfetamină și cocaină.

Prezentăm în *tabelul 8* criteriile de diagnostic pentru dependența de polisubstanță, formulate în DSM IV.

Tabelul 8

Diagnosticul pentru dependența de polisubstanță este folosit pentru a desemna un comportament care durează 12 luni, în care persoana a consumat în mod repetat cel puțin un grup de trei substanțe psihoactive (excluzând nicotina și cafeina), dar fără ca o anumită substanță psihoactivă să predomine. Deci în timpul acestei perioade criteriile de dependență au fost întâlnite pentru un grup de substanțe, nu pentru o anumită substanță.

(După DSM IV, Ed.4, Copyright American Psychiatric Association, în *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*, Washington, 1995, p. 757).

2.4.5. Intoxicația cu substanțe psihoactive – Diagnoză

Elementele esențiale ale intoxicației consistă într-un comportament dezadaptativ și un sindrom specific unei substanțe psihoactive. Tabloul clinic specific este determinat de natura substanței psihoactive utilizate, cele mai comune modificări implicând: *tulburări ale percepției, atenției, gândirii, controlului emoțional și comportamentului psihomotor.*

Mai multe substanțe psihoactive pot produce un sindrom similar sau chiar identic. De exemplu, intoxicația cu amfetamină și cocaină poate prezenta ambele tipuri de modificări comportamentale dezadaptative, tahicardie, dilatație pupilară, transpirație, frisoane, grețuri sau vărsături.

Folosirea de scop recreațional de substanțe psihoactive care produc modificări fiziologice și psihologice nu duce la un comportament dezadaptativ.

Rapiditatea debutului și durata unei intoxicații depind de *cantitatea de substanță psihoactivă consumată,* de cât de rapid a fost consumată, de toleranță de masa corporală a persoanei (cu cât persoana este mai corpolentă, cu atât este necesară o cantitate mai mare de substanță spre a induce intoxicația), de timpul de înjumătățire a substanței psihoactive. De regulă, intoxicația durează câteva ore, dar poate dura și câteva zile.

Redăm în *tabelul 9* criteriile de diagnostic pentru intoxicație, așa cum apar în DSM IV.

Tabelul 9

A.	Dezvoltarea unui sindrom specific pentru fiecare substanță psihoactivă, reversibil, datorat unei ingestii recente (sau expuneri la o substanță). **Notă:** Substanțe diferite pot produce sindroame similare sau identice.
B.	Un comportament dezadaptativ sau schimbări psihologice care sunt datorate influenței substanței asupra sistemului nervos central (labilitate emoțională, tulburări în plan cognitiv, scăderea randamentului profesional, social) și care apare în timpul ori la o scurtă perioadă după consumul de substanță.
C.	Simptonmele nu se datorează unei probleme medicale și nu sunt specifice pentru o altă tulburare mentală.

(După DSM IV, Ed.4, Copyright American Psychiatric Association, în: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth edition, Washington, 1995, p. 757).

2.5. Consumul de droguri în dinamica lui

Evoluția tulburărilor psihice din toxicomanii tinde, dacă nu se pune din timp stavilă acestei tendințe morbide, la o profundă degradare a personalității, individul ajungând o veritabilă epavă fizică și socială. Cel mai adesea EVOLUȚIA ESTE CRONICĂ, durând ani de zile, cu perioade de exacerbare și de remisiune parțială sau completă.

Toxicomania induce un număr mare de comportamente dezadaptative (delincvență) sau alte tulburări psihopatologice. De asemenea, ea poate conduce la apariția unor complicații somatice

grave (infecții, afecțiuni ale aparatului cardio-vascular, hepatită, afecțiuni ale aparatului respirator) și ceea ce este mai grav, la deces prin supradoze sau prin suicid (*apud* L. Colonna et M. Viret, 1982, p. 2479).

2.6. Dependența de substanțe psihoactive și posibile complicații

Tulburările somatice datorate consumului de drog reprezintă o problemă foarte gravă. În afară de reacțiile la supradoză și de manifestările sindromului de abstinență, cele mai multe complicații somatice sunt infecții locale sau generalizate datorate ADMINISTRĂRII INTRAVENOASE a drogului. Această cale este preferată de cele mai multe persoane, pentru a obține un efect puternic și rapid al drogului, în special opiacee, barbiturice, amfetamine. Folosirea intravenoasă a acestor substanțe are consecințe grave atât local cât și în plan general. Printre **efectele locale** se numără infecțiile la locul de injectare, leziuni arteriale. **Efectele generale** se datorează transmiterii infecțiilor, mai ales când se folosesc aceleași ace pentru mai multe persoane. Utilizarea de ace contaminate pentru administrarea intravenoasă a drogului poate cauza hepatită, tetanos, septicemie, endocardită bacteriană, precum și HIV/SIDA. Folosirea intranazală de cocaină („prizatul") poate cauza uneori eroziunea septului nazal.

Drogul și modul cum este administrat condiționează felul complicațiilor somatice care ar putea interveni. Complicațiile sunt dependente de proprietățile farmacologice ale drogului, cele mai cunoscute fiind sindromul de abstinență și accidente datorate supradozării (voluntare sau involuntare).

Acestea din urma sunt în general rezultatul unei erori în stabilirea dozei necesare datorită mai ales folosirii unor produse care au concentrații sau puritate diferite. Sindromul de abstinență se caracterizează prin stări de anxietate, rinoree, căscat, lăcrimare, frisoane simptomatologice care se poate agrava dacă starea de întrerupere se prelungește în timp. **Calea de administrare** a drogului este un factor important în determinarea intensității sindromului de

abstinență, care este mai intens la cei care își administrează drogul intravenos (*apud.*, Faubert, D. 1987, p. 429).

Simptomele depresive sunt o complicație frecvență a tulburărilor cauzate de folosirea substanței psihoactive și explică parțial rata înaltă de suicid la această categorie de indivizi.

Dependența de lungă durată la anumite substanțe psihoactive (în special halucinogene, PCP, cocaină) este adesea asociată cu o reducere generalizată în comportamentele direcționate spre un scop (mersul la școală) chiar când persoana nu mai ia substanțe de o lungă perioadă de timp.

Aceasta este adesea acompaniată de *depresie, anxietate, iritabilitate și deficite ușoare în activitatea cognitivă; dificultăți în concentrarea atenției* etc.

Abuzul sau dependența de substanțe psihoactive se asociază astfel cu o deteriorare a nivelului general de sănătate fizică și psihică. Denutriția și tulburările somatice întâlnite pot rezulta din incapacitatea de a menține o bună sănătate fizică printr-o dietă corespunzătoare și o igienă adecvată.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. III. PRINCIPII GENERALE ALE PROGRAMELOR TERAPEUTICE*

Deoarece tratamentul este dificil, un efort considerabil trebuie făcut mai ales în direcția prevenirii. În privința multor droguri, cea mai importantă măsură de prevedere – limitarea disponibilităților – depinde în principal de politicile guvernamentale. Apoi, reducerea prescrierii exagerate de către medici este importantă, mai ales în cazul benzodiazepinelor și altor anxiolitice. Educația este esențială, informațiile legate de pericolele abuzului de drog trebuie puse la dispoziția tinerilor prin programele școlare și prin mass-media. O altă cale de prevenire o reprezintă identificarea și tratarea problemelor familiale care pot fi o cauză care generează startul în consumul de drog.

Dacă se începe consumul de drog, eficiența tratamentului este mai scăzută; oricum, șansele de obținere a unor rezultate bune, sunt mai mari dacă tratamentul este început înaintea instalării dependenței. De aceea, este important ca diagnosticul să se realizeze cât mai devreme, într-un stadiu în care toleranța nu s-a instalat total, iar complicațiile administrării intravenoase nu au apărut.

Modificările de comportament sunt un indiciu clar al începerii consumului de drog prin absențele de la școală, sau de la locul de muncă, declinul profesional, neglijarea aspectului fizic, izolarea de foștii prieteni pentru a-și face alții din mediul drogurilor.

În acest stadiu, pasul esențial constă în găsirea unei motivații pentru controlul consumului de drog. Aceasta se realizează prin explicarea

---

* Capitol redactat cu ajutorul Dr. Radu Costea – medic primar, șef lucrări U.M.F. „Carol Davila".

efectelor probabile ale continuării consumului şi prin oferirea de ajutor din partea unor persoane competente pentru orice problemă psihologică sau socială, asociate consumului.

Principalul **scop** al tratamentului dependenţei de drog este *întreruperea consumului*, acordarea de sprijin social şi tratament psihologic pentru persoanele în cauză.

Tratamentul vizează mai multe **obiective:**

1. *tratamentul complicaţiilor somato-psihice* care apar;

2. *tratamentul stării de sevraj*, care se realizează în general în spitalele de specialitate. Întreruperea drogurilor (detoxifierea) se realizează prin scăderea treptată a dozelor şi prin înlocuirea drogurilor „de stradă" cu droguri cu acţiune mai lentă. Astfel, în locul acestora se prescrie methadonă. Cura cu methadonă este o parte a tratamentului consumului de drog, acceptată mai mult de trei decenii. Tratamentul toxicomaniei comportă o serie de intervenţii medicale şi psihosociale vizând reducerea prejudiciilor la adresa societăţii şi promovarea unui stil de viaţă fără droguri. Obiectivele tratamentului dependenţei de drog (înlăturarea consumului, ameliorarea şi stabilitatea socio-profesională, ameliorarea sănătăţii fizice) contribuie la reducerea marginalizării toxicomanilor (A. Mino et M. Del Rio, 1991, p. 2488).

3. *Supravegherea pe lungă durată* a toxicomanilor reprezintă etapa cea mai importantă a tratamentului, orientată către personalitatea celui dependent, către motivaţiile , aspiraţiile sale. Aceasta se realizează prin psihoterapii de grup, pentru a-i ajuta pe pacienţi să-şi înţeleagă propriile probleme personale şi interpersonale, calitatea discuţiilor fiind favorizată de relaţiile de sprijin din cadrul grupului.

După tratamentul din spital, urmează reabilitarea toxicomanului. Mulţi din cei care au consumat droguri îşi găsesc locul în societate cu foarte mare greutate. Aspectele sociale sunt înţelese adesea în termeni de reinserţie socio-profesională (A. Mino, 1991, p. 1234). Scopul acestei reabilitări este de a face persoana în cauză să părăsească mediul viciat şi să dezvolte contacte psihosociale noi. Dacă nu reuşeşte acest lucru, orice tratament este, probabil, sortit eşecului.

Pacienţii se angajează în muncă, în activităţile sociale, într-un mediu protejat, apoi îşi iau răspunderi din ce în ce mai mari, în ceea ce-i priveşte. De obicei, este nevoie de **continuarea sprijinului psihosocial** atunci când persoana încearcă să se reintegreze, să se adapteze la condiţiile de viaţă.

3.1. Modelele terapeutice

3.1.1. Programele de menținere

Menținerea cu methadonă a fost inițiată în S.U.A. în 1964 de Dole și Niswander. Ideea consta în înlocuirea opiaceelor ilegale cu un derivat sintetic care, în doze adecvate nu induce nici euforia, nici alterarea marcată a stării de conștiință. Durata efectului methadonei (viața sa medie este de 6-8 ori mai mare decât a opiaceelor cu o durată scurtă de acțiune) permite administrarea ei pe cale orală și evită apariția sindromului de abstinență. Subiectul poate trăi o viață eliberată de problemele asociate căutării și obținerii substanțelor ilegale. Această stabilizare îi permite să-și reconstruiască sau să-și consolideze activitățile profesionale și sociale. Starea de sănătate fizică se îmbunătățește rapid, iar indicele de activități ilegale se diminuează apreciabil.

Datorită acestor multiple avantaje, tratamentele de menținere cu methadonă s-au impus ca modelul cel mai practicat în S.U.A., dar și în numeroase țări din Europa în special în Olanda. Experiența a demonstrat că rezultatele se îmbunătățesc dacă se asociază cu un **program psihosocial variat**, incluzând **terapia de grup**, tratamente **psihiatrice și medicale, ședințe de tip „relație de ajutor"** și accesul la **psihoterapie individuală adecvată**.

3.1.2. Programele de abstinență

Acestea regrupează structura de tratament din spital și ambulatoriu, care asigură un acompaniament pentru dezintoxicare. Combină diferite modalități terapeutice, ședințe de ajutor, grupuri de prevenție a recidivelor și de autoafirmare, bazate în special pe teoriile cognitiv-comportamentale, „startul" în psihoterapie și stimulează foarte des participarea la grupuri de autoajutor.

În primul caz, rezultatele sunt chiar impresionante. Studii realizate în California și Minnesota demonstrează că, după o perioadă de 2 ani

consecutivi la detoxifiere, 50% din pacienți au reușit să stabilească și să păstreze o abstinență totală. Aceste cifre nu spun nimic despre starea psihopatologică globală, dar cunoscând dificultatea pe care o prezintă abstinența și înalta frecvență a recidivelor, se poate presupune că strategiile dezvoltate trebuie să furnizeze o **motivație și recompense suficiente.**

Abstinența relativă produce rezultate mai dificil de evaluat. Unii pacienți regăsesc moduri adecvate de funcționare. Totuși, procesul trebuie susținut în timp și implică multe cazuri de recidivă, de menținere și *detoxifiere*. Uneori pacienții care termină un prim **program de menținere** își dau seama că și-au supraevaluat forțele și reintră în tratament. Realitatea arată că dependența de drog este un fenomen complex, care fluctuează între cicluri de remisiune și de agravare relativă, în funcție de parametri interni, dar și externi. Pretenția de „a reuși de unul singur", cu un minimum de ajutor extern, constituie probabil un important factor al recidivelor.

Programele de abstinență dau rezultate foarte variate. Foarte des, pacienții trebuie să se adapteze unui program de menținere înainte de a face primul pas. Abstinența nu e inaccesibilă și toxico-dependența nu constituie o stare fără speranță, ci mai degrabă, un proces larg și complex, dificil de realizat, dar care trebuie traversat cu speranțe pentru perspective de reușită.

3.1.3. Programele rezidențiale

Comunitățile terapeutice sunt **centre rezidențiale**, adesea nemedicale, care primesc pacienții externați din secțiile de dezintoxicare. Ele oferă diferite forme de terapie și sfaturi ale căror obiective sunt:

- experimentarea de către pacienți a vieții fără droguri, într-un context atent protejat;
- reconstruirea stimei de sine;
- dezvoltarea sau redescoperirea competențelor relaționale și sociale;
- pregătirea reîntoarcerii la activități profesionale.

Durata este de obicei între 6 și 18 luni. Adeseori se propun și alte activități, cum ar fi: grădinăritul, excursiile, practicarea unor sporturi etc.

Primele comunități terapeutice au apărut în SUA în anii '60. Erau vorba în general programe rigide care-și propuneau „reeducarea" rezidenților. Strategiile de confruntare și de autocritică publică erau adesea motivante, dar individul se găsea supus presiunilor colective sau autorității personale a fondatorului. În prezent, comunitățile de acest tip sunt foarte rare, altele mult mai flexibile luîndu-le locul, în SUA dar și în multe alte țări.

Experiența cea mai intensă a subiecților care aleg acest model este descoperirea pe care o fac ei înșiși. Odată ce dependența de drog și stilul de viață asociat acesteia se modifică, se schimbă, se îndepărtează, rămâne un mare vid, în care trebuie să „descopere" cine sunt ei în realitate. Până în prezent, experiența acumulată arată că interacțiunea dinamică cu alți membri ai comunității acompaniază și stimulează acest proces dificil și nu întotdeauna de succes.

Există două dificultăți majore ale acestei modalități de tratament: CADRU ȘI DURATA acestei experiențe. Abandonarea vieții civile implică petrecerea unui timp considerabil pentru a se analiza și examina. Această experiență cu sine însuși este uneori dificilă și se soldează cu abandonuri. În plus, reîntoarcerea la un cadru obișnuit de viață este adesea delicată și poate fi foarte problematică.

Comunitățile terapeutice constituie, fără îndoială, o soluție importantă. Se adresează cu precădere indivizilor care au mult de reconstruit la nivelul EGO-ului, al stimei și imaginii de sine, al reflectării percepției lor de către alții etc.

3.1.4. Programele de autoajutor

În sensul strict al înțelegerii, acestea nu constituie sisteme terapeutice, dar acționează în acest sens.

Primul tip corespunde asociațiilor de consumatori, ca de exemplu: „Autoajutorul consumatorilor de droguri" din Franța sau „Junkie's Bond" din Olanda. Aceste asociații oferă sfaturi și informații referitoare la calitatea produselor, strategii de reducere a riscurilor, aspecte psihice, juridice, medicale.

Deschizându-se în fața colectivului, consumatorul de droguri face un dublu gest terapeutic *față de el însuși* și *față de comunitate.*

Al doilea tip: Narcoticii Anonimi (N.A.) se inspiră din Modelul celor 12 etape, al Alcoolicilor Anonimi (A.A). Conform acestei maniere de a aborda problema, dependența este o boală progresivă, caracterizată prin trei parametri: obsesia, compulsiunea și egocentrismul. Prin conștientizarea eșecului de a controla, stăpâni și reduce voluntar consumul, devine posibil începutul procesului de recuperare. Experiențele celor care au reușit o abstinență durabilă constituie o motivație și un exemplu pentru cei recent admiși în grup.

Programele de recuperare constau într-o combinație de „rețete" pentru diferite situații și de „principii spirituale", care vin să umple vidul existențial al toxico-dependenților. ABSTINENȚA nu e considerată ca o virtute, ci o necesitate pragmatică.

Programele N.A. par eficiente, dar nu se potrivesc tuturor subiecților. Ca regulă generală, N.A. se îndreaptă spre indivizii cu dependențe vechi, care sunt disperați, astfel încât sunt gata să încerce.

3.2. Dependența și unele abordări psihoterapeutice

3.2.1. Selecția metodei terapeutice în abuzul de substanță

În sfera noțiunii de „abuz de substanță" sunt cuprinse următoarele:

- mai multe clase de substanțe (sedative, stimulente, opiacee);
- diferite surse de proveniență a drogurilor: cocaina și crack, bere, vin, băuturi alcoolice tari, țigarete;
- variate căi de administrare (oral, nazal, intravenos);
- o gamă largă de indivizi dependenți aparținând diferitelor clase sociale, etnii, cu nivel de școlarizare și profesii diverse.

În cursul ultimilor ani au apărut numeroase metode de tratare a toxicomanilor și s-a realizat o taxonomie conceptuală în sensul sublinierii DIFERENȚELOR ȘI ASEMĂNĂRILOR între variatele substanțe de abuz. Deși tehnici de intervenție generică în dependență, în dependența de alcool, nicotină, droguri ilegale, au fost dezvoltate în

paralel fără cooperarea celor implicați în elaborarea unei strategii, astăzi se observă un grad mai ridicat de comunicare și colaborare între cercetătorii și clinicienii care se ocupă de studiul și tratarea toxicomaniilor. Există și o conștientizare a faptului că abuzul de substanță este o problemă bio comportamentală și de aceea atât intervenția farmacologică, cât și cea psihosocială sunt absolut necesare pentru rezolvarea adecvată a problemei și inducerea unei schimbări reale.

În prezent se fac eforturi ca terapiile psihosociale să fie adecvate tratamentului studierii structurii de personalitate a subiectului. Între acestea notăm:

– **terapia de grup orientată dinamic** (Brown, 1995) sau bazată pe deprinderi/prevenirea recăderii (Marlatt & Gordon, 1985), a fost tratament de elecție în abuzul de substanță în cele mai multe configurații terapeutice. Acestea sunt de obicei asociate cu ședințe de consiliere individuală și deschiderea dialogului către Asociația Alcoolicilor Anonimi, Narcoticii Anonimi, Asociația Cocainomanilor Anonimi, Recuperarea Rațională și alte grupuri suportive.

– **terapia cognitiv comportamentală** include o combinație de strategii terapeutice care vizează schimbarea pattern-urilor obișnuite de gândire și comportament care favorizează dependența de substanță. Tehnici de decondiționare, inclusiv tehnici de relaxare și schimbare a dispoziției; metode pentru „oprirea" fluxului gândirii; dezvoltarea deprinderilor pentru controlul afectelor, agresivității și relațiilor interpersonale; exerciții pentru creșterea eficienței personale; pregătire PR (prevenirea recăderii), incluzând recunoașterea dispoziției și a factorilor declanșatori, învățarea metodelor de refuz a consumului, încurajarea schimbărilor în viața socială și învățarea metodelor de a face față așteptărilor și situațiilor care pot declanșa recăderea. Toate fac parte din terapia cognitiv comportamentală a dependenței de substanță (*apud.*, Rogers, Keller & Morgenstern, 1996).

– **terapii cognitive pentru toxicomani** adaptate recent din tehnicile cognitive (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993) în special pentru alcoolism și abuz de droguri. Aceste metode sunt centrate pe schimbarea credințelor care se creează odată cu dependența și a dificultăților de schimbare a comportamentului sau de abandonare a

abuzului de substanță, inclusiv a modului de suportare a simptomatologiei de sevraj.

– **terapia de cuplu, familială, a microgrupului:** din moment ce soțul/soția și alte persoane importante pentru pacient(ă) – colaboratori, adversari – au un rol în formarea pattern-ului de consum, acest demers se centrează pe interacțiuni și pe modul în care aceste interrelaționări pot fi modificate. Aceasta întrucât se speră a fi ușurată schimbarea sau, cel puțin, acțiunile să nu interfereze cu procesul schimbării (*apud*., McCrady & Epstein, 1996). Aceste metode presupun aducerea la ședințe terapeutice a soțului/soției, prietenilor, altor membri de familie, colegi, a preotului familiei ș.a.m.d., pentru a susține pacientul în procesul de schimbare.

– **tratamente centrate pe comportament** impun schimbări ale stimulilor de întărire și ale răspunsurilor condiționate asociate cu uzul de substanță. Aceste metode au fost încorporate în ceea ce se numește „abordarea bazată pe sprijinul comunității". Astfel se încearcă să crească importanța comportamentelor pozitive asociate cu munca, relaționarea socială și funcționarea personală, în scopul schimbării mediului pacientului (Rogers, Keller & Morgenstern, 1996),

Se lucrează cu pacienții asemenea unor comportamente reale din viață, din economie. Astfel, „economiile" sub formă de jetoane cu oferirea de recompense și aplicarea de sancțiuni în funcție de modul în care pacientul se comportă (non-addictiv, respectiv addictiv) au fost frecvent folosite pentru a obține schimbări pe termen scurt (de tip condiționare) dar efectele pe termen lung sunt discutabile, după ce condiționarea este înlăturată:

– intervenții motivaționale: cele mai cunoscute sunt cele dezvoltate de Miller și Rollnick în 1991 și 2002. Tehnicile de interviu motivațional folosesc teoria motivației și a construcției decizionale pentru a controla ambianța și rezistența care sunt frecvent asociate cu schimbarea comportamentului adictiv.

Confruntarea între diferitele abordări terapeutice în toxicomanie este în mod remarcabil absentă în acest tip de intervenție. În locul confruntării este subliniată importanța **responsabilității personale** în privința schimbării comportamentului și rolul terapeutului este mai

mult de asigurare a feed-back-ului, de consiliere, în contextul unei abordări empatice, bazată pe ascultare, reflexie.

– Tehnica celor 12 pași, pornind de la principiile AAA și incluzând de obicei participarea la ședințele AAA sau la întrunirile altor asociații de acest gen este foarte mult utilizată în programele de tratament bazate pe *suportul comunității.* Tehnica a fost încorporată în multe tratamente complexe de orientare medicală, cum ar fi: detoxifierea sau programe cu pacienți internați („inpatient programs") (*apud.*, Vasile, D.; Gheorghe, M.; Voicu, V., 2000, *op. cit.*).

– Tratamentul pacienților internați oferă posibilitatea reabilitării psihosociale bazată pe tehnica celor 12 pași sau pe o tehnică mai directă, de confruntare. Frecvent sunt folosite principii psihologice, mai ales decondiționarea, PR (prevenirea recăderii), supravegherea comportamentelor de întărire.

– Metodele sunt bazate pe stadializare – deoarece în orice moment cei mai mulți pacienți dependenți nu sunt pregătiți să-și modifice radical comportamentul și intervențiile bazate pe acțiune și schimbare nu vor putea fi considerate o reușită.

Trebuie să percepem tratamentul ca pe un proces dinamic, etapizat și să încercăm să creștem motivația înaintea oferirii de tehnici bazate pe acțiune, cum ar fi învățarea unor deprinderi și prevenirea recăderii. Acest mod de acțiune a devenit o aplicație obișnuită a terapeuților (*apud.*, Prochaska, DiClementie 1992, Shaffer, 1992).

– Tratamentul sub supraveghere juridică: mulți judecători și oficialități ce răspund de eliberarea condiționată trimit la tratament persoane care au fost private de libertate ca urmare a unor delicte legate de abuzul de substanță. Acest tip de pacienți nu au neapărat o motivație interioară pentru schimbarea tipului de comportament, de aceea este o adevărată provocare pentru terapeut **dezvoltarea motivației.**

– Prevenirea recăderii ca și tratamentele de prevenire a recăderilor au în vedere faptul că majoritatea pacienților efectuează **multiple recăderi** și **tentative de abstinență**, în cursul unei evoluții ciclice până ajung la o schimbare evidentă. Din ce în ce mai multe programe au o componentă de **inspirație efectiv psihologică** dedicată prevenirii

recăderii, care de obicei cuprinde strategiile cognitiv-comportamentale descrise încă din 1985 de Marlatt & Gordon. (*Ibidem*)

3.2.2. Tratamentul şi adaptarea lui

Timp de 30 de ani psihologii au presupus că diversitatea consumatorilor de droguri necesită diferențierea corespunzătoare a tratamentului. În loc de a-şi concentra atenția pe diferențele dintre substanțele de abuz, mulți şi-au închipuit că pacienții cu anumite trăsături (ex.: personalitate antisocială, deteriorare cognitivă, nivele de dezvoltare cognitivă diferite, severitatea dependenței) vor răspunde diferit la variatele tipuri de tratament, fie prin creşterea, fie prin descreşterea eficienței respectivei metode terapeutice. Aceasta a fost numită „ipoteza potrivirii" şi a fost studiată în context educațional, în tratamentul bolilor psihice şi a abuzului de substanță.

Deşi un mare număr de studii individuale au arătat validitatea acestei ipoteze, este vorba, în genere, de studii pe grupuri mici care au găsit corespondențe ulterioare.

Astfel, în cel mai cunoscut studiu cunoscut, referitor la tratamentele psihosociale, *Institutul Național pentru Abuzul de Alcool şi Alcoolism* împreună cu un mare număr de cercetători în acest domeniu, a fost examinată problema adecvării tratamentului antidrog împotriva dependenței de alcool şi drog în cadrul proiectului MATCH (Project MATCH Research Group, 1993 şi 1997). Cercetătorii din domeniu se întreabă dacă există anumite caracteristici ale pacientului care interacționează cu unele tipuri de tratament pentru a produce rezultate diferite. Acest **studiu clinic randomizat** a adus câteva rezultate interesante dintre care menționăm:

a) Complianța alcoolicilor la cele trei tipuri de tratament (*cognitiv-comportamental, tehnica celor 12 paşi, întărirea motivației*) a fost importantă, pacienții primind în medie cea mai mare parte din tratamentul prescris, timp de 12 săptămâni.

b) Au fost semnalate schimbări importante în consumul de alcool între pre şi post tratament, cu puține diferențe între rezultate

dacă ne referim la specificul tratamentului. Schimbările în consumul de alcool au fost susținute, fiind observate la 1 an și chiar la 3 ani după tratament. Chiar la trei ani de la terminarea tratamentului au fost identificate modificări suficient de semnificative față de nivelul de consum din perioada anterioară tratamentului.

c) Utilizarea unor itemi ai investigației nu au fost cei mai sensibili și fiabili pentru a susține ipotezele adecvării tratamentului, astfel încât chiar pacienții foarte diferiți pot urma oricare din aceste tratamente fără a se putea prevedea mari diferențe între rezultatele scontate.

d) Cu toate eforturile de a controla fiecare pas al cercetării s-au perceput și înregistrat o serie de diferențe, astfel încât aplicabilitatea rezultatelor poate fi controversată.

Deja este cunoscut faptul că *Proiectul Match* a pus în discuție adaptarea tratamentului la pacient din perspectivă statică, considerând că o singură trăsătură existentă la un anumit moment va interacționa cu un tip de tratament pentru a produce efecte mai bune. Procesul schimbării este însă unul extrem de dificil, unul dinamic, stadial, pacientul fiind o ȚINTĂ ÎN MIȘCARE și nu o entitate statică (*apud*, DiClemente, Carbonari & Velasquez, 1992).

Unele date indică faptul că tratamentele pot fi îndreptate spre anumite stadii, iar atunci intervenția poate fi eficientă. Această concepție presupune o individualizare complexă a tratamentului. Noi tehnologii(inclusiv feed-back-ul generat de computer), fac posibilă crearea unor tehnici de intervenție individualizată care se adresează schimbărilor decizionale ale pacientului, activităților curente de tip problem-solving, evaluării eficienței abstinenței și a factorilor de risc. Există indicații asupra eficienței ridicate – pe termen lung – a unei terapii active, orientată pe dinamica procesuală (DiClemente, Velicer & Rossi, *apud* Vasile, D.; Gheorghe, D.M.; Voicu, V., 2000).

3.2.3. Încercare de tratament a dependenței: unele sugestii și propuneri practice

Deși nu există încă dovezi suficient de concludente pentru a susține adaptarea unei tehnici la trăsăturile pacientului, cercetări recente aduc o serie de sugestii terapeutice:

• Pentru că se recunoaşte clar existenţa unei **comorbidităţi** *toxicomanie – alcoolism – tulburări psihice*, ar putea fi introduse **metode de screening** pentru **depistarea alcoolismului şi toxicomaniilor;**

• Persoanele care au avut simptome severe de sevraj şi cei care au avut delirium tremens sau alte sindroame organice legate de consumul de droguri necesită **detoxifiere supravegheată** pe care trebuie să o efectueze doar medicii specialişti înaintea tratamentului psihosocial;

• Persoanele care au sprijinul partenerului familiei răspund mai bine terapiei de cuplu;

• Persoanele cu multiple probleme psihosociale, financiare, profesionale, răspund bine tratamentelor dacă urmează în paralel **terapii specifice** pentru problemele personale, pe lângă tratamentul psihosocial al dependenţei de substanţă. Sunt recomandate abordarea bazată pe **sprijinul comunităţii** sau terapii de intervenţie în relaţiile sociale;

• Uneori scurte intervenţii constând în discuţii şi sfaturi pot produce schimbări semnificative în comportamentul pacienţilor cu abuz de substanţă. Rolul terapeutului trebuie, cel puţin, este să încerce scurte intervenţii cu rol de **feed-back** şi **consiliere** în cazul celor care se refugiază în abuzul de substanţă;

• Intensitatea tratamentului pentru pacientul internat sau tratat în sistemul ambulatoriu nu pare să aibă o importanţă prea mare pentru rezultatul final la o mare parte a pacienţilor alcoolici. Angajarea şi menţinerea pacientului în program sunt cele mai importante aspecte ale tratamentului. Oferirea posibilităţii de a alege şi **implicarea pacientului în propriul tratament** sunt strategii importante, bazate pe accepţia mutuală, chiar pe un contract scris;

• **Motivaţia schimbării comportamentului** adictiv este o dimensiune importantă ce trebuie luată în considerare când se proiectează algoritmii tratamentului. Pacienţii cu o scăzută motivaţie trebuie informaţi despre perspectivele tratamentului şi trebuie susţinuţi în mod activ. La celălalt pol, **confruntarea** este cea care favorizează negarea şi situarea pe poziţii defensive dar scade şansele de reuşită ale eforturilor specialiştilor;

• Este de o maximă importanţă ca intervenţiile comportamentale şi psihosociale să fie asociate cu **tratament psihofarmacologic**, cum ar fi înlocuitorii de nicotină, naltrexona, alte produse ce reduc nevoia de alcool

și droguri, disulfiram și alte medicamente folosite ca antagoniști ai substanțelor care au creat dependența subiectului care este obligatoriu să dorească detoxifierea.

3.2.4. Psihoterapii individuale adaptate toxicodependenților

Deja se cunosc beneficiile pe care un subiect le obține din simptomele sale la *nivel psihopatologic obișnuit,* dar în cazul toxicomanului, pare și mai evident că el nu va renunța la o practică ce-i aduce o plăcere de mare intensitate. Teoria freudiană situează dilema între revendicările pulsionale și exigențele civilizației ca sursă a procesului de sublimare. Pentru toxicoman, atât cât durează „luna de miere" cu drogul, întrebarea nu este formulată. Când devine necesar de luat în calcul ideea schimbării structurii lui psihice, a conduitelor, pentru că drogul „nu își mai ține promisiunile", abia atunci apar întrebările.

Se poate pune problema dacă un toxicoman se angajează în „amânarea plăcerii imediate" și în special în alegerea unei căi lungi și frustrante, a unei psihoterapii, aceasta poate fi de tip psihanalitic? Întrebarea paradoxală despre abstinență, impusă de subiect este: „Stăpânirea simptomului devine condiție prealabilă de tratament?" Ce tip de terapie se poate propune, în absența oricărei probleme de sevraj și pentru ce ar mai trebui totuși supravegheat? Un asemenea tip de terapie prin transfer nu-l forțează pe pacient astfel încât să-l determine să renunțe? Se pare că modul de gândire al toxicomanului și **specificitatea cererii** solicită o **specificitate în răspunsul clinic.**

Este deosebit de importantă preocuparea terapeutului ca toxicomanul să nu se identifice total cu reacțiile și comportamentul său. În fața revendicării identității toxicomanului, atitudinea întreținerii ulterioare, este dată tocmai de surpriza pe care ea o produce. Pentru toxicomanul care vine la consultație se consumă cea mai mare parte a timpului pentru un discurs convențional, destinat să răspundă mai degrabă așteptărilor terapeutului. Cu toate acestea pacientul speră să obțină un număr mare de bonusuri: medicamente, ajutor social, rezolvarea unor probleme în familie etc.

Claude Olivenstein (2000) a subliniat complexitatea „tratării" toxicomanului, punând accent pe suferința subiectului detoxifiat, ca și rolul pe care îl ocupă simptomul în gândirea subiectului, în structura lui psihică.

De asemenea, autorul mai sus menționat propune o psihoterapie de tip „analiză tranzacțională" începută la prima întâlnire cu toxicomanul, terapeutul ocupând locul drogului.

Deja cunoscut, fondatorul Centrului Marmottan a comparat atunci detoxifierea cu o stare tranzacțională organizată de terapeut, în competiție cu drogul. Această perioadă intermediară trebuie să se sprijine pe un contract. Tratamentul psihoterapeutic al toxicomanilor trebuie să țină cont de „fenomenul recăderii" care face parte integrantă din toxicomanie. De la o recădere la alta se poate observa o modificare, chiar o regresie în modul de viață al pacientului. Clinicianul trebuie să înregistreze în special modificările funcționalității mentale a toxicomanului, care îi permit să reînceapă terapia. Esențială va fi obținerea unei diminuări evidente a suferinței psihice a toxicomanului, deși perspectiva de sevraj poate reapărea.

Din acest unghi de vedere trebuie făcut efortul mental de a se înțelege că **eliminarea dependenței nu reprezintă un scop în sine**, iar încercarea de a elibera pacientul de suferința lui globală, fizică și psihică, nu se reduce doar la abstinență. Principalul scop terapeutic va consta în deschiderea unor breșe în spațiul mental al toxicomanului care îl va determina cândva să renunțe la drog.

Este foarte important să se creeze o atmosferă degajată, să se pregătească un schimb al elementelor psihice între el și drog pentru a lupta împotriva influenței masive a fuziunii cu acesta, punându-se accent pe **individualizare, gândire pozitivă și maturizare psihică**.

3.2.5. Terapii de grup – aspecte generale

Problematica subiecților dependenți implică de regulă o discuție asupra modalităților de tratament de întreținere. Dacă pare evident că rigiditatea unui cadru psihanalitic clasic nu este adecvată pentru ei, ne

putem întreba cât de convenabilă este propunerea unui tratament de întreținere în grup, în care se diluează fenomenele de transfer.

Anterior s-a semnalat evitarea frecventă în relația dual a toxicomanilor și dificultăților lor de diferențiere, de personalizare.

Totuși, gândirea lor defensivă ajunsă la un stil regresiv poate fi utilizată ca un **început terapeutic** pentru o urmărire individuală ulterioară. Supraveghetorii trebuie doar să vegheze asupra reîntăririi adeziunii la o identitate a lor, de grup, în detrimentul individualizării subiectului dependent.

Abordări ale terapiei de grup pentru subiecții dependenți:

• **Abordarea non-directivă** –bazată pe respectul persoanei, pe ascultarea și întâlnirea altuia cu aceeași problemă.

• **Terapii de grup, modelul nord american** – se fundamentează pe exprimarea sentimentelor (terapii emoționale) și pe încurajarea colegilor de a renunța la conduita de consum. Participanții trebuie să reușească „să intre într-o nouă piele" sau să pornească „de la zero". Aceste grupuri de terapie sunt locuri de ELIBERARE EMOȚIONALĂ bazată pe EFECTUL CATALIZATOR AL GRUPULUI, sunt zone de siguranță emoțională.

3.2.6. Teoriile cognitiv-comportamentale și dependența

Nu toți cei care la un moment dat în viața lor au consumat droguri deven dependenți. De asemenea, nu toți cei care iau droguri au aceleași experiențe, nu simt același efect. Acest fapt a fost deja evidențiat în literatura medicală când au fost administrate în spital opiacee în loc de analgezice. Contrar descrierilor „extazice" ale consumatorilor ilegali, concluziile subiective ale pacienților asupra experiențelor lor au fost că efectul drogului se percepe în general drept ceva puțin plăcut.

Pentru a explica această mare divergență în perceperea efectului, câțiva autori au ajuns la concluzia că EUFORIA este probabil un răspuns atipic la opiacee, care nu se produce numai la individul care prezintă vreo problemă psihopatologică adiacentă.

Configuraţiile subiective au un rol preponderent în percepţia celui care se droghează. O'Brien şi echipa sa au dedicat mult timp şi eforturi evaluării efectului autoinjectării şi au propus unui grup de toxicomani dezintoxicaţi să-şi administreze aleatoriu, fie o soluţie salină, fie o doză mică de opiacee Efectul soluţiei saline a fost descris în general ca plăcut şi a fost identificat cu o doză de opiacee. Interesant a fost că echipa a observat că efectul este perceput cu o mai mare intensitate când injecţia se face în condiţii care amintesc de mediul toxicomanului (în care consuma în mod obişnuit drogul) şi când pacienţii se aşteaptă să obţină un efect intens.

Aceştia au postulat şi existenţa unor **comportamente învăţate**, care ar trebui descrise şi explicate conform teoriilor condiţionării. Această ipoteză oferă în acelaşi timp şi speranţa înţelegerii complexului de fenomene ce gravitează în jurul necesităţii imperioase de a consuma, ce se produce, din când în când, chiar după foarte mult timp de la dezintoxicare, detoxifiere.

Alte studii au evaluat efectele psihologice şi subiective provocate subiecţilor dependenţi de drog prin expunerea la stimuli asociaţi cu drogul. Aceste experimente demonstrează că acei stimuli produc un ansamblu de reacţii fiziologice: scăderea temperaturii corporale, creşterea ritmului cardiac şi al tensiunii arteriale, contractarea pupilelor etc., toate provoacă apariţia stărilor de necesitate imperioasă de a consuma. Pe de altă parte, este evident faptul că stimulii interni, în special stările emoţionale negative, sunt susceptibile de a dezlănţui reacţii asemănătoare. Într-o variantă această ipoteză a fost verificată prin inducerea hipnotică a stărilor de anxietate şi de furie.

În consecinţă, s-au produs diferite strategii pentru a le furniza pacienţilor puterea de a se „decondiţiona" de vulnerabilitatea lor în faţa acestor categorii de semnale. Aşa cum afirma O'Brien: „majoritatea încercărilor de a modifica răspunsurile condiţionate cu scopul obţinerii unui beneficiu clinic, nu au avut decât un succes, rezultat modest şi relativ... Sunt încă multe de învăţat despre semnalele asociate cu drogurile şi în particular, despre mijloacele de reducere a efectelor lor adverse asupra consumatorilor umani".

Științele comportamentale au sugerat ca abuzul de substanțe să fie conceput ca un produs al procesului de învățare. Teoreticienii s-au interesat de adaptarea „cu defect" a persoanelor dependente de drog. Din acest punct de vedere, abuzul de substanțe și reîntoarcerea la drog după o perioadă de abstinență, rezultă din interacțiunea unor factori care include:

- *Variabile afective* – stări emoționale pozitive sau negative,
- *Variabile comportamentale* – competențe sociale, strategii de soluționare a problemelor,
- *Variabile cognitive* – atitudinile, nivelul de funcționare cognitivă și conexiuni;
- *Variabile interpersonale și ambientale* – deficit în stabilirea socială sau familială, tipul de grup de prieteni,
- *Variabile fiziologice* – boli cronice, trebuințe.
- *Variabile psihiatrice* – comorbidate prin tulburări mentale,
- *Variabile psihologice* – culpabilitate și rușine, sentiment de „vid interior" și de lipsa simțului existențial,
- *Variabile care implică oferta terapeutică* – atitudini negative ale personalului sanitar.

Tratamentul trebuie să țină cont de aceste niveluri multiple, să ofere toxicodependentului „uneltele", care să-i permită să se confrunte cu situațiile cu risc de consum, să inițieze schimbări durabile în maniera sa de a gândi, de a acționa, de a-și modifica stilul de viață. Pentru a atinge aceste obiective, este necesară descoperirea și identificarea clară a suferințelor, comportamentelor și gândurilor care conduc la consumul de droguri și apoi să se înceapă substituirea lor cu altele noi, mai adecvate. Terapia de grup este recomandată, deoarece, în general, favorizează dezvoltarea **învățării sociale**.

La nivelul proceselor cognitive se întâlnesc frecvent la toxicomani anumite scheme, pattern-uri de gândire eronată și inadaptată, care au ca efect **favorizarea recidivelor**. Aceste scheme corespund distorsionării și tratării inadecvate a informației. Printre cele mai frecvente distorsiuni amintim, de exemplu, tendința spre dihotomizare, tendința spre generalizare abuzivă sau spre raționalizare. Toxicomanii ajung să gândească simplist, în tonuri de alb/negru: „nu pot să mă abțin", „nu sunt bun de nimic". Ei extind afirmații și expresii la întreaga lor experiență și viața psihică.

Uneori autorii au încercat să decodifice *dinamica apariției toxicodependenței, cât și a motivației de a întrerupe consumul* identificând anumite *faze* ale acestor două procese. Dezvoltarea dependenței începe, bineînțeles, cu folosirea drogurilor. Dar știm că dependența nu se dezvoltă automat. După Schaffer și Jones, al doilea stadiu este cel în care drogul produce EFECTE ȘI CONSECINȚE POZITIVE, de exemplu, reduce stresul. Apoi apar CONSECINȚE ADVERSE, acesta fiind, după unii autori, stadiul care relevă dependența, dar aceste consecințe adverse rămân în afara câmpului conștiinței consumatorului. Se instalează un sistem de negare cognitiv care interzice relevarea relației cauzale dintre abuzul de substanțe și dificultățile multiple care apar în existența sa. Înainte de a se putea angaja, sau implica într-un proces de recuperare, dependentul de droguri trebuie să realizeze o „răsturnare epistemologică", adică să devină conștient de realitatea consecințelor dependenței sale. Atunci începe să ia în considerare posibilitatea de a stopa consumul abuziv.

Pentru a se produce o schimbare reală, trebuie să fie luată o decizie clară, care să fie urmată de trecerea la acțiune. După aceea se poate începe procesul de abstinență care va implica și un ansamblu de modificări comportamentale și cognitive, în mod activ hotărâte și care trebuie aplicate. Evoluția trebuie să se facă de la o stare de ambivalență inițială (în care persoana, deodată, dorește să se oprească și să continue consumul) la o stare de determinare în motivația de a se restabili, de a se schimba în comportament și în decizii.

3.2.7. Teorii psihodinamice și psihoanalitice privind dependența

Extrem de mulți autori consacrați (psihologi sau psihiatri) au încercat explicații ale acesteia. Între aceștia, Knight și Glover au presupus că alcoolismul este o formă de regresie facilitată de acțiunea pulsiunilor libidinale și sadice. Euforia produsă de consumul de substanțe îi oferă dependentului o posibilitate de a reface experiența stărilor narcisice și atotputernice ale copilului. Se naște ideea conform căreia comportamentul compulsiv acționează ca o apărare împotriva

regresiei într-o stare psihotică. Un element constant în interpretarea psihanalitică este situarea originii tulburării la un nivel foarte primitiv, anterior lui Oedip. Viziunea oedipiană clasică a insistat asupra absenței – reale sau simbolice – a tatălui. În toxicodependență nevoia de ingestie apare ca un mod de funcționare compulsivă la individul care nu are un beneficiu din intervenția figurii tatălui, care e garantul restricționării identificării cu mama, al introducerii frustrării și de aceea, al învățării capacității de a-și amâna satisfacerea dorințelor și de a-și putea construi un univers fantastic compensatoriu.

Autor cunoscut, Balint a presupus existența unui sentiment de „lipsă" (absență, defect) primordial, împotriva căruia toxicomanul încearcă să se apere printr-un mecanism de adaptare deficientă.

Wurmser a postulat că abuzul de substanțe constituie o formă de adaptare care are drept obiectiv împiedicarea manifestării afectelor necontrolabile, ca furia, ruşinea şi sentimentul de abandon.

Mai recent, s-a impus ideea că dependența ar fi o formă de automedicație care are ca scop alinarea sau controlarea unor suferințe emoționale intolerabile. S-au stabilit deficitele în termenii de incapacitate de autoreglare emoțională și afectivă și de incapacitatea de a stabili o autonomie funcțională. Abuzul de substanțe apare ca o strategie ce are ca obiectiv împiedicarea fragmentării personalității și erupția afectelor necontrolabile.

Teoriile psihodinamice pornesc de la ideea că simptomele provin din conflictele psihologice, care sunt inconștiente. Obiectivul terapiei trebuie să fie determinarea pacientului să devină conștient de aceste conflicte și să poată să-și dezvolte noi moduri de rezolvare și gestiune a acestora.

3.2.8. Teorii socio-culturale și dependența

Au apărut pe baza unei constatări, conform căreia există variații în prevalența abuzului de substanțe între diferite subgrupuri din populație.

Winick a propus o teorie *sociologică* bazată pe ideea rolurilor sociale. Acesta considera că dependența de drog rezultă din combinarea a trei factori:

1. **disponibilitatea substanței**
2. **înțelegerea obedienței** (acceptarea compromisului social)
3. **o tensiune** (privare de rol), trăită ca o dificultate personală sau socioculturală de a se interesa de roluri valorizate din punct de vedere social.

Inspirându-se din lucrările lui Rogers și Maslow, *Greaves* propune o *teorie existențială*. Ideea centrală este aceea conform căreia toxicodependența rezultă din incapacitatea individului de a-și oferi satisfacții senzoriale pentru a răspunde necesităților sale fundamentale și de a-și realiza aspirațiile. Anumite stări psihopatologice, precum anxietatea, îi limitează grav capacitatea de a simți o stare de plenitudine existențială, iar recurgerea abuzivă la psihotrope ar apărea ca un obiectiv de a reface acest așa zis handicap.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. IV. PSIHOPATOLOGIE ÎN DEPENDENȚA DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE*

În ICD şi DSM expresia „tulburări induse de substanțele psihoactive" este folosită pentru desemnarea unor stări provocate de abuzul de alcool, droguri şi alte substanțe chimice (solvenți).

Consumul mai mult sau mai puțin regulat de substanțe psihoactive, afectează sistemul nervos central şi conduce la modificări dezadaptative, la apariția unor probleme sociale, profesionale, psihologice, ori somatice, persistente sau recurente. De asemenea, după încetarea sau reducerea consumului de substanțe apar simptome de abstinență severe, manifestându-se o serie de tulburări mentale. Acestea descriu efectele acute sau cronice ale acestor substanțe asupra sistemului nervos central, manifestate prin comportamente dezadaptative. Aproape invariabil oamenii care au o tulburare provocată de consumul de substanțe psihoactive vor avea şi o modificare marcată psihocomportamentală.

Cele două sisteme de clasificare ICD10 şi DSM IV – TR folosesc categorii similare pe care le grupează însă în moduri diferite. Ambele scheme recunosc următoarele tulburări: intoxicația, abuzul (împărțit de ICD 10 în consum nociv şi consum cu risc), sindromul de dependență, starea de întrerupere (*Withdrawal state*), stările psihice induse de droguri, demența, sindromul amnestic şi stările reziduale.

Prezentăm în tabelul următor clasificarea tulburărilor cauzate de substanțe psihoactive, făcând o paralelă între ICD 10 şi DSM IV – TR.

---

* Capitol redactat cu ajutorul Dr. Cristina Hudiță – medic primar psihiatru, directorul Centrului de Evaluare şi Tratament pentru Tineri "Sf. Stelian" Bucureşti.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 10

Clasificarea tulburărilor induse de substanțe psihoactive

ICD 10	DSM IV – TR
Intoxicație	Intoxicație
Consum de risc	Abuz
Sindrom de dependență	Dependență
Stare de întrerupere (*Withdrawal state*)	Întrerupere complicată Întrerupere cu delirium
Stare psihotică	Tulburare delirantă Halucinoză
Demență	Demență
Sindrom amnestic	Sindrom amnestic
Stare reziduală	Tulburare de personalitate
Nespecificate	Altele

Intoxicația, conform acestor clasificări (ICD 10), constă în modificări psihologice și somatice produse de o substanță psihoactivă, modificări care dispar când substanța în cauză este eliminată de organism. Natura modificărilor psihice variază atât în funcție de persoană, cât și de drogul utilizat.

Consumul de risc este acela care determină o mare șansă de lezare în viitor a sănătății fizice sau mentale.

Consumul nociv semnifică acel consum care afectează deja sănătatea, iar împreună cu un consum de risc constituie abuzul.

Sindromul de dependență constă într-o serie de fenomene psihologice induse în administrarea repetată a unei substanțe (starea de întrerupere și o puternică dorință de a continua consumul de drog).

Toleranța desemnează starea în care un drog, după administrarea repetată, produce un efect mai scăzut, de aceea pentru producerea aceloraşi efecte, este nevoie de creşterea dozelor.

Starea de întrerupere reprezintă un grup de simptome ce apar atunci când se scade doza sau se întrerupe administrarea drogului și care persistă o perioadă limitată de timp („withdrawal state").

Starea reziduală descrie modificările fiziologice sau psihologice care se manifestă atât la administrarea drogului cât și după ce acesta a fost întrerupt și care persistă și după ce drogul a fost eliminat iar orice stare de întrerupere s-a remis.

Generic, **DSM IV** recunoaște următoarele categorii de tulburări induse de substanțele psihoactive: intoxicație, sindromul de abstinență, delirium datorat intoxicației cu substanță, demență datorată consumului de substanță, sindromul amnestic, tulburările de dispoziție datorate consumului de substanță, anxietatea indusă de uzul de substanță, tulburările psihotice, disfuncțiile sexuale și tulburările de somn induse de folosirea de substanțe.

4.1. Amfetaminele – istorie sau realitate?

Amfetamina și **medicamentele** asemănătoare acesteia pot fi folosite **de toate grupurile socio-economice.** Unele persoane folosesc amfetamine pentru a-și spori performanțele (de exemplu, studenții care se pregătesc pentru examene, șoferii care parcurg distanțe lungi, atleții, oamenii de afaceri care trebuie să respecte termene importante). Folosirea lor ocazională conduce adesea la abuz, eventual la o morbiditate fizică și psihosocială. Amfetaminele și substanțele înrudite cu acestea cuprind un larg grup de substanțe, dintre care cele mai cunoscute sunt **dextroamfetamina (Dexdrina), meta-amfetamina (Methedrina)** și **metilfenidatul (Ritalin).**

Pentru prima dată **Benzedrina** a fost sintetizată în 1887, dar a fost introdusă pe piața farmaceutică abia în 1923. Pe atunci inhalarea de benzedrină servea doar ca „tratament" non-prescris medical pentru congestie nazală și astm. În 1937, noul medicament a fost lansat sub formă de tablete, pentru tratarea narcolepsiei și parkinsonismului postencefalic. A fost recomandat și pentru tratarea depresiei și sporirea energiei. Amfetamina a beneficiat de o largă publicitate de-a lungul timpului, fiind prezentată drept substanța care sporește performanțele intelectuale și fizice. Abuzul de amfetamină a atins proporții de epidemie în anii '70. Până atunci producția legală anuală de amfetamină a Statelor Unite era mai mare de 10 miliarde de tablete de 5 mg. Ea a cunoscut o largă răspândire datorită sintetizării ilicite în laboratoare și comercializării **pe piața neagră a drogurilor.**

Criteriile lucrării „Diagnostic and Statistical Manual of Mintal Disorders (DSM IV)" pentru dependență și abuz se aplică amfetaminei și substanțelor legate de aceasta. Dependența de amfetamină poate

afecta rapid capacităţile unei persoane de a rezolva problemele de serviciu şi obligaţiile familiale. O persoană care abuzează de amfetamină trebuie să consume doze din ce în ce mai ridicate pentru a obţine efectul obişnuit, puternic, iar simptomele fizice ale abuzului de amfetamină cum ar fi scăderea în greutate şi ideile paranoide apar aproape întotdeauna atunci când abuzul de amfetamină este persistent.

1. Intoxicaţia

Sindroamele de intoxicaţie cu amfetamină şi cocaină sunt similare. Deoarece în privinţa abuzului şi intoxicaţiei cocainice au fost efectuate cercetări mult mai riguroase şi amănunţite decât în ceea ce priveşte amfetaminele, literatura clinică despre amfetamine a fost puternic influenţată de datele clinice obişnuite despre abuzul de cocaină. Spre exemplu, în DSM IV, criteriile de diagnostic pentru intoxicaţia de tip cocaină şi amfetamină erau identice, deşi erau prezente pe două liste separate.

Cea de-a patra ediţie revizuită a acestei lucrări (DSM IV – TR) a evidenţiat mici diferenţe de diagnostic între intoxicaţia cu amfetamină şi intoxicaţia de tip cocaină, cu toate acestea validitatea acestora fost pusă sub semnul întrebării.

În DSM IV, criteriile de diagnostic pentru intoxicaţia cu amfetamină şi cocaină sunt separate, dar sunt virtual aceleaşi. DSM IV specifică prezenţa tulburărilor perceptive, simptomele intoxicaţiei cu amfetamină sunt reduse în cea mai mare măsură după 25 de ore şi sunt în general complet rezolvate după 48 de ore.

2. Sevrajul

Starea generală produsă după intoxicaţia cu amfetamină poate fi asociată cu anxietate, letargie, oboseală, coşmaruri, tremur, dureri de cap, transpiraţie abundentă, crampe musculare, crampe la stomac şi o senzaţie acută de foame. Simptomele de sevraj se produc în general la 2-4 zile după intoxicaţie şi se rezolvă de regulă într-o săptămână. Cel mai serios simptom de sevraj este depresia, care poate fi foarte

severă după folosirea constantă a unor doze mari de amfetamină și care poate fi asociată cu ideea suicidară și chiar comportamentul suicidar.

Delirul produs de intoxicația de tip cocaină este un diagnostic cuprins în lucrarea DSM IV. Delirul asociat cu amfetamină este de obicei rezultatul consumului unor **doze mari de amfetamine** sau al unui **consum regulat de amfetamine.**

Combinarea amfetaminelor cu alte substanțe și consumul amfetaminelor de către o persoană care prezintă afecțiuni preexistente ale creierului se poate produce în procesul evoluției delirului.

3. Tulburări – Tipuri și implicații

a) Tulburări psihotice

Psihoza indusă de amfetamină a fost pe larg studiată în psihiatrie din cauza asemănări sale cu schizofrenia paranoidă. Semnul distinctiv al tulburărilor psihiatrice induse de amfetamină este prezența paranoiei.

Schizofrenia paranoidă poate fi deosebită de tulburarea *psihiatrică* indusă de amfetamină prin diferite caracteristici asociate cu această tulburare: predominența halucinațiilor vizuale, hiperactivitate, hipersexualitate, confuzie, incoerență și unele semne ale tulburării gândirii. Unele elemente relevă faptul că pe termen lung consumul de amfetamină este asociat cu o VULNERABILITATE SPORITĂ de evoluție spre psihoză în anumite circumstanțe, cum ar fi intoxicația cu alcool și stresul.

b) Tulburarea de dispoziție

DSM IV permite clinicianului să diagnosticheze tulburarea de dispoziție indusă de amfetamină pe parcursul intoxicației și a sevrajului. În general, intoxicația este asociată cu trăsături de dispoziție de tip maniacal, în timp ce sevrajul este asociat cu trăsături de dispoziție depresivă.

c) Anxietate

Acelaşi DSM-IV se referă la anxietatea produsă în timpul intoxicației şi sevrajului. Amfetamina, ca şi cocaina poate induce simptome similare celor observate în tulburarea obsesiv-compulsivă, panică şi fobii în special.

d) Disfuncția sexuală

Deşi amfetamina este deseori folosită la sporirea intensității experimentelor sexuale, consumul unor doze mari şi pe termen lung de amfetamină sunt asociate cu impotența şi alte disfuncții sexuale.

e) Tulburări ale somnului

Totodată, DSM-IV conține criteriile pentru diagnosticarea tulburării somnului indusă de consumul de amfetamină în timpul intoxicației şi sevrajului. Intoxicația cu amfetamină este asociată cu insomnie şi privarea de somn, în timp ce sevrajul legat de consumul de amfetamină poate fi asociat cu hipersomnolență şi coşmaruri.

4. Unele efecte ale folosirii amfetaminelor

Societatea occidentală cu multe ciudățenii, pe de o parte acceptă ca medicii să prescrie amfetamine pentru a lupta contra obezității, iar pe de altă parte ea nu reacționează deloc ştiindu-se că pediatri americani sau canadieni propun derivați apropiați, copiilor hiperactivi. În acelaşi timp apar îngrijorări față de expansiunea rapidă de amfetamină vândută ilegal. Este adevărat că în SUA abuzul acestui drog va reprezenta de acum înainte cca. 10% din decesele prin supradoză. Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) îşi exprimă neliniştea în fața creşterii consumului de droguri. O.M.S. se teme chiar ca amfetaminele să nu devină cea mai importantă problemă de toxicomanie de pe planetă: fabricarea clandestină şi recurgerea la acest

drog a luat o largă răspândire pe continentul nord-american, european dar se constată o mare răspândire și în Asia.

Apelul din ce în ce mai frecvent, la acest tip de droguri se explică poate prin această cerere la care trebuie să facă față mulți oameni: performanța imediată, oricare ar fi prețul acesteia.

Consumatorul caută în amfetamine un mijloc de a se simți mai vesel, mai energic. El vrea să poată uita oboseala, slăbiciunea și să fie mai performant în muncă. În ceea ce privește intelectualul simte mai puternic: mintea este mai ageră, memoria mai activă. De asemenea, el ia amfetamină înaintea examenelor, a unui curs, pentru a fi mai performant. Unii șoferi le consumă pentru a conduce mai mult timp, fără a fi obosiți. Sub efectul amfetaminelor, consumatorul se simte sigur pe el, puternic. El are impresia că poate depăși orice obstacol. Redăm câteva declarații ilustrative în acest sens:

"Eu știam că, dintre cei 200 de participanți la concurs doar 50 de studenți vor fi admiși. Deci, am vrut să am toate șansele de partea mea. M-am hotărât să fac rost de câteva comprimate".

"Am luat amfetamine pentru "Bacul" meu. La început, am fost superactiv. Dar, la examenul oral de engleză, m simțeam dezorientat. Am terminat examenele prost și am fost eliminat".

Se știe deja că amfetaminele pot tăia pofta de mâncare, dar cresc forța și rezistența fizică. În sportul din timpul anilor 50-60, ele au fost unul din principalele produse dopante. Aceste substanțe îmbunătățesc performanțele fizice, dar ele sunt periculoase pentru sănătate. Amfetaminele au făcut numeroase victime. Alergătorul ciclist Tom Simpson a fost una dintre ele. În timpul maratonului (turul Franței, 1967), el s-a prăbușit pe muntele Ventoux. El ar fi suportat efortul și căldura dacă n-ar fi consumat amfetamine. Considerăm întâmplarea sa ca un simbol al efectelor nocive ale dopajului. În prezent, controlul sever încearcă să împiedice sportivii de elită să recurgă la acest produs: el se poate detecta în urină de la 2 la 4 zile după consumare, în cazul folosirii ocazionale și după mai multe săptămâni în cazul utilizării prelungite. Când nu există un control, sistematic, în sportul de amatori, amfetaminele sunt utilizate adesea de sportivii amatori.

• **Aspecte practice și concrete în abuzul de drog**

Amfetaminele constituie o familie de mai multe droguri, fabricate în laborator pe cale chimică. Se știe că ele stimulează sistemul nervos central. Alături de amfetamine mai sunt dextroamfetaminele și meta-amfetaminele. Numai chimiștii știu să le distingă, consumatorii, chiar și cei mai experimentați, nu pot să o facă.

Amfetaminele (ex.: "speed" cuvânt englezesc care înseamnă "a alerga repede") acționează ca adrenalina, care este un hormon pe care îl fabrică în mod natural corpul și care se eliberează în cantitate mare când trăim o spaimă, o emoție puternică, un șoc sau când trebuie să reacționăm foarte repede. Astfel, adrenalina, la fel ca și amfetaminele, accelerează ritmul cardiac, mărește presiunea arterială, dilată bronhiile și împiedică digestia.

De mult timp amfetaminele sunt vândute în stradă. Ele se prezintă sub forme diverse: pilule, cristale, bucăți mici sau pudră. Culoarea lor variază între alb-gălbui și galben. Deseori au miros de pește sau de amoniac. Aceste amfetamine sunt, în general, înghițite. Pot fi, de asemenea, injectate intravenos, inhalate sau fumate. De multe ori sunt amestecate cu un alt produs (în general un stupefiant.

Anumite amfetamine sunt vândute în farmacie conform prescripției medicale, sub formă de capsule sau comprimate. Acestea sunt fabricate de laboratoare farmaceutice recunoscute și dozajul lor este foarte exact și controlat.

Un consumator sportiv afirmă că: "pentru a fi unul dintre cei mai buni din echipă, trebuie să lupt. Nu o spun niciodată, dar mi se întâmplă să obosesc".

Cei care vor să obțină performanțe intelectuale sau sportive mai bune, reușesc să-și procure într-un mod mai mult sau mai puțin legal amfetamine, produse obișnuit, de întreprinderi farmaceutice. Dar, există și **piața neagră** a amfetaminelor fabricate clandestin și vândute în stradă, în genere.

Consumatorii acestor produse sunt cel mai des toxicomanii care abuzează simultan de mai multe droguri. Ei înghit produsul și uneori îl fumează, îl prizează, îl injectează. Injectarea produce un efect

comparabil cu al heroinei. Totuși, momentul de extaz nu e urmat de relaxare, ci, dimpotrivă, de o fază de agitație intensă, care se aseamănă cu delirul maniacal.

Amfetaminele acționează asupra funcționării creierului după un proces dintre cele mai complexe, dar nu se limitează numai la acestea. Ele accelerează și activitatea anumitor organe: astfel, inima bate mai repede și neregulat, respirația se accelerează, presiunea arterială și temperatura cresc; provoacă dureri de cap, tremurături, amețeli.. Nu este de mirare că un consumator e nervos, iritat și agitat. El are ticuri: își pipăie fața frecvent, scrâșnește din dinți. Are, de asemenea, schimbări bruște de dispoziție și tendința de a nu avea încredere în cei apropiați.

Efectele stimulatorii ale amfetaminelor nu durează decât câteva ore. Dacă nu se reînnoiește doza, consumatorul începe să se simtă deprimat, descurajat și nervos. Orice efort îi pare supraomenesc. O mare poftă de somn îl cuprinde. E toată oboseala acumulată, care reapare în atari condiții.

Mărturii consemnate frecvent pot fi de acest gen: "când nu era sub influența amfetaminelor, băiatul îmi făcea rău. Îmi dădea impresia că e pe cale să plângă în orice moment. Nu-l mai recunoșteam pe propriul meu fiu".

Acest fenomen se intensifică pe măsură ce se prizează. Foarte repede, consumatorul nu are chef să facă altceva decât să se drogheze. El va căuta o nouă doză pentru a resimți efectele stimulatorii și pentru a uita starea proastă. El se trezește foarte rapid într-un cerc vicios, fiind suficiente câteva doze de amfetamină pentru a se instala o puternică dependență psihologică.

- **Abuzul de amfetamine: evidențe și riscuri**

Problemele care apar nu se opresc: pentru a încerca să regăsească efectele pozitive ale primelor doze, consumatorul va trebui, de asemenea, să-și mărească dozele. El s-a obișnuit cu efectele amfetaminelor: interacțiunile care se produc în creierul său sunt mai puțin puternice și îi este foarte greu să regăsească senzațiile trăite.

Mărirea progresivă a dozajului devine atunci îngrijorătoare. Consumatorul trebuie, uneori, să-şi mărească doza iniţială de 20 de ori, pemtru a resimţi aceleaşi efecte, pentru a avea aceiaşi stare.

Pe marginea unui caz se nota: "la un moment dat, ajunsese să fumeze sau să îşi injecteze amfetamine timp de mai multe zile consecutiv. Era atât de prins cu asta, încât nici nu se gândea să se hrănească sau să doarmă".

Cantităţile de amfetamine pe care le suportă un subiect sunt impresionante: dacă la început, la primele experienţe, o doză de 100-200 miligrame îl putea ucide, acum când **obişnuinţa s-a instalat**, el poate supravieţui unei doze de un gram sau chiar mai mult. Dar, şi cu astfel de doze, i se poate întâmpla să nu simtă nimic din efectele dorite. În asemenea condiţii, se simte invadat de emoţii puternice. Anxietatea şi depresia cresc. Îşi pierde, categoric, somnul, se hrăneşte prost, ceea ce îi diminuează rezistenţa la infecţii, la boli. Are comportări ciudate; are sentimentul că este superior celorlalţi. În acele momente poate deveni ostil şi agresiv.

Această situaţie poate fi exemplificată astfel: "la sfârşit, când l-am părăsit, el devenise violent. Dacă am rămas atât de mult timp lângă el, e pentru că voiam să-l ajut să iasă din asta, dar nu primeam nimic în schimb. Doar cearta şi violenţa sa".

În cazurile grave pot apărea probleme psihice importante. Pacientului îi poate fi frică fără motiv aparent, se simte persecutat, are halucinaţii. Violenţa se poate întoarce contra lui însuşi sau împotriva altora: cazurile de sinucidere şi moarte provocate de amfetamină sunt frecvente. Cel mai îngrijorător este că, între prima priză şi momentele finale pot trece, în general, doar câteva luni, până la doi ani.

În van se încearcă să contracareze această "coborâre în iad", unde răul şi inconfortul ocupă tot spaţiul, consumatorul recurge şi la alte droguri ca alcoolul, medicamente sau opiacee. Se măresc, astfel, toate riscurile de a deveni dependent şi de alte droguri, de a deveni politoxicoman.

• Tinerii ştiu deja că este riscant să se ia amfetamine în perioada examenelor. Mai întâi, dacă sunt procurate din stradă, nu se cunoaşte dozajul şi apare pericolul unei intoxicaţii grave. Dacă găsim un medic amabil care să le prescrie, nu putem să ştim niciodată în ce moment

precis vom fi în faza "înaltă" sau în faza "joasă". Astfel, riscăm să ne găsim într-o fază proastă într-un moment crucial (de exemplu, un examen oral pe care mai ales nu trebuie să îl ratăm).

• Contrar a ceea ce se spune uneori, amfetaminele nu neutralizează efectele alcoolului. Dacă s-a băut prea mult, conducerea unui autoturism este extrem de periculoasă, iar accidentele cu sfârșit letal au fost și devin tot mai multe. Având în vedere faptul că efectele excitante ale amfetaminelor pot dispărea dintr-o dată, aceasta poate să-l facă pe conducătorul autoturismului atât de obosit, încât să adoarmă la volan.

• Consumatorii care își injectează amfetaminele, pot contacta HIV/SIDA, hepatite sau alte infecții, dacă seringile nu sunt sterilizate, sau dacă drogul conține impurități. Riscul este maxim, mai ales dacă are loc un schimb de seringă.

Ingerarea unei SUPRADOZE DE AMFETAMINE necesită o acțiune de intervenție de urgență. Ea poate surveni chiar de la prima doză, dacă dozajul este prea mare pentru un necunoscător. Ea se manifestă prin accelerarea pulsului, creșterea ritmului respirator, febră mare. Dacă nu se întreprinde nimic, consumatorul poate avea convulsii. El poate muri din cauza unei crize cardiace sau a unei hipertermii. În Statele Unite, unde folosirea amfetaminelor este chiar mai veche decât în Europa, decesele cauzate de supradoză sunt de ordinul miilor de persoane încă de la începutul anilor '90.

În spitale, la A.T.I., medicii nu dispun încă de nici un remediu specific împotriva acestor simptome de supradoză. Totuși, ei pot interveni pentru menținerea semnelor vitale: ei pot diminua hipertermia, de exemplu, cu ajutorul păturilor calde, ele ajutând la scăderea temperaturii. Ei pot să reducă presiunea sanguină cu ajutorul medicamentelor, dar uneori intervențiile lor nu sunt încununate de succes deoarece pacientul nu poate comunica pentru a spune ce drog a folosit, eventual ce tip de combinații (cockteil) a făcut, cât și când le-a luat.

• "Slab, dar energic"

Prima AMFETAMINĂ a fost descoperită acum mai bine de o sută de ani. În urmă cu 70 de ani s-a folosit în medicină pentru a se încerca o creștere a tensiunii arteriale a persoanelor hipotensive și

pentru a ajuta în procesul de dilatare a bronhiolelor la persoanele diagnosticate cu astm. S-a constatat că aceste produse puteau să ajute doar unele persoane în lupta împotriva foamei, a somnului și deprimării.

În același timp, *drogurile casei*, *drogurile străzii* și *drogurile prietenilor*, AMFETAMINELE sunt într-o oarecare măsură un fel de "energia celui slab" – surogatul cocainei.

Cel mai adesea amfetaminele se fumează sau se injectează. Când sunt injectate, substanța activă dăunează venelor și se infiltrează repede la nivelul creierului. Senzația este mai puternică, dar și daunele sunt mai durabile și rapide.

Anumite amfetamine care acționează puternic asupra creierului au efecte mai puțin importante decât altele care acționează asupra tensiunii arteriale sau a ritmului cardiac. Îndeosebi, nu trebuie să ai încredere în ele: cu cât efectele lor nedorite sunt mai mici, cu atât riscăm să abuzăm de ele mai mult. Ele pot aduce grave modificări de tip psihotic, fără să ne dăm seama.

S-au folosit adesea amfetaminele pentru a lupta împotriva apariției somnolenței, lenei și chiar narcolepsiei, această formă ciudată de epilepsie caracterizată printr-un somn adânc și nu printr-o criză cu agitație.

Lumea amfetaminelor este din acest punct de vedere imensă, încât trebuie să contribuim la explorarea și gestiunea acestora prin cei care cunosc mai mult decât alții: medicii și farmaciștii. Sunt medicamente active și, ca orice medicament activ, fiecare amfetamină poate să fie o otravă. Consumatorul obișnuit care încearcă să înceteze ingerarea oricărei doze de amfetamină resimte simptomele penibile ale dezobișnuinței: devine foarte obosit, slăbit, irascibil, trist și deprimat. Ca urmare, deoarece s-a hrănit prost, este denutrit. Dacă a consumat amfetamine de-a lungul unei lungi perioade, el va trece printr-o depresie gravă. În schimb, el nu suferă din punct de vedere fizic și viața lui nu este în pericol. În general, această dezobișnuință se face sub controlul unui medic care poate prescrie antidepresive sau tranchilizante care ajută la suportarea efectelor acestei privări. Fostului consumator de amfetamine va trebui, în plus, să i se interzică toate excitantele, inclusiv tutunul sau cafeaua care i-ar putea reaminti, într-un mod periculos, experiențele trăite. După ce detoxifierea s-a efectuat, el va trebui să rămână cooperant, vigilent, responsabil întreaga sa viață; în pofida tuturor

suferințelor pe care le-a îndurat, pofta fostului pacient pentru produs riscă să nu dispară total niciodată.

4.2. Drogurile de sinteză. Dopajul: pro și contra

De mai bine de un secol, chimiștii creează fără încetare noi produse. Câteodată, ei obțin medicamente extraordinare. Alteori, este vorba de produse care se dovedesc discutabile. Este și cazul amfetaminelor. De asemenea, se întâmplă ca o descoperire să fie abandonată de laboratoare recunoscute, dar să fie reluată de laboratoare clandestine pentru a se fabrica droguri. Chiar așa s-a întâmplat cu ecstasy ori cu LSD. Laboratoarele clandestine folosesc toate posibilitățile care le stau la dispoziție pentru a produce droguri. Se poate vorbi de imitarea de medicamente sau de noi "creații" care se pot dovedi foarte periculoase, cu atât mai mult cu cât dozajul și componentele utilizate sunt de cele mai multe ori aleatorii.

Dacă întrebăm sportivii care se dopează despre acest fapt, ei vor motiva astfel alegerea lor: vor să își îmbunătățească performanțele, să fie cât mai aproape de victorie și să răspundă așteptărilor sponsorilor, așteptări care, dacă sunt satisfăcute, permit câștigarea unor importante sume de bani. Ei sunt gata de orice pentru a încerca să atingă cele mai bune rezultate, pentru a câștiga stima publicului și mulți bani. Unii dintre ei cred că nu au aceleași șanse precum colegii lor care se dopează.

În public, este de preferat să te arăți dezamăgit, revoltat, indignat de dopaj. Totuși, când spectatorii privesc o competiție, ei pretind noi recorduri, spectacol inedit. Se poate spune că ei incită într-un mod special la dopaj. O contradicție la care fiecare încearcă să se acomodeze. Fără îndoială că, acesta este motivul pentru care nimeni nu își dă într-adevăr silința să împiedice dopajul.

În ciuda interdicțiilor din competițiile naționale și internaționale, produsele dopante sunt deseori ușor de găsit. Unele dintre ele, interzise într-o țară, sunt vândute în unele farmacii fără rețetă. Altele pot fi prescrise de un medic sau vândute ilegal, prin Internet sau pe stradă. Unii cicliști afirmă că este la fel de ușor să faci rost de EPO sau de alte

produse dopante interzise, ca și mersul la cumpărături la magazinul din colțul străzii.

Pentru atletul sau sportivul de elită, performanțele și victoriile nu valorează nimic, dacă sunt obținute sub efectul dopajului. În plus, dacă analizele de urină sau de sânge demonstrează că un sportiv recurge la substanțe interzise, acesta nu va mai putea conta pe sprijinul nimănui. El va trebui să se apere singur. Și mai târziu, dacă are probleme de sănătate, el se va simți abandonat de toți cei care îl susțineau când excela în disciplina sa.

Aceste constatări incită un număr important de sportivi să renunțe definitiv la orice formă de dopaj. Performanțele lor pot fi excepționale și mulți campioni olimpici și recordmeni nu s-au dopat, au rămas "curați". Este cazul probelor de rezistență cum ar fi, atletism, ski-fond și într-o oarecare măsură tenis, volei, baschet.

A-ți ameliora performanțele sportive fără a apela la dopaj, a-ți învinge adversarii, este posibil! Pentru asta, trebuie ca antrenamentul să fie adecvat, ca alimentația să fie echilibrată și variată. De asemeni, controlul medical regulat poate fi util. Dar, mai ales, trebuie să acorzi corpului perioada de recuperare și repaus suficiente pentru a se reface, de multe ori cu ajutorul kinetoterapeuților și psihologilor.

4.3. CANNABIS

Cannabisul este numele prescurtat pentru planta *cannabis satina*. Această plantă este, de obicei, tăiată, prelucrată și folosită la realizarea unor țigări care sunt fumate. Numele obișnuite ale cannabisului sunt: *marijuana, iarba, buruiana, ceai* și *mary jeanne*. Alte denumiri pentru cannabis care descriu țigări de cannabis cu diferite „puteri" sunt: *heam, chasra, bhang, ganja, dagga* și *sinsemilla*.

Efectele euforice ale cannabisului sunt folosite de mii de ani. Puternicele efecte medicinale ale cannabisului ca analgezic, anticonvulsivant și hipnotic au fost recunoscute în secolul al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea.

Recent, cannabisul a fost folosit cu succes la tratarea grefei provocate de medicamentele folosite în tratarea cancerului și la stimularea apetitului la pacienții care suferă de SIDA.

Dependența, abuzul intoxicația versus delirul, tulburări psihotice, anxietate generate de cannabis:

• Manualull DSM-IV include diagnostice ale dependenței de cannabis. Toate experimentele indică foarte clar toleranța față de numeroasele efecte ale cannabisului; cu toate acestea, datele sunt mult mai puțin evidente în privința dependenței fizice.

Dependența psihologică de consumul de cannabis se dezvoltă la persoanele care îl consumă vreme îndelungată.

• În cazul unui consum recent de cannabis se produc modificări comportamentale sau psihologice semnificative din punct de vedere clinic. În timpul consumului sau la scurt timp după consum pot fi sesizate: slabă coordonare motorie, euforie, anxietate, senzația încetinirii scurgerii timpului, afectarea judecății.

Două sau mai multe din următoarele simptome apar pe parcursul a două ore de consum de cannabis: injectarea ochilor, un apetit sporit, gură uscată, tahicardie. Același DSM-IV, după ce realizează această formalizare a criteriilor de diagnostic pentru intoxicația cu cannabis, specifică faptul că diagnosticul poate fi completat cu "tulburări perceptive".

Această intoxicație sporește sensibilitatea consumatorului la stimuli externi, relevă noi detalii, face unele culori să pară mai strălucitoare și mai bogate decât în trecut și încetinește subiectiv modul de apreciere a scurgerii timpului. În cazul consumatorului unor doze mari, subiectul poate ajunge la depersonalizare și dereralizare.

Capacitățile motorii sunt afectate de consumul de cannabis, aceste tulburări persistând și după ce efectele subiective euforice au trecut. Pentru un interval de 8-12 ore după consumul de cannabis, consumatorul are probleme de tip coordonare motrică care interferă în conducerea unor vehicule ori utilaje. În plus, aceste efecte se adaugă efectelor consumului de alcool care este, de obicei, utilizat împreună cu cannabisul.

• Acest tip de delir constituie un diagnostic în cadrul DSM-IV şi DSM-IV TR

Delirul asociat cu intoxicaţia de cannabis este caracterizat, în general, prin tulburări ale memoriei, ale timpului de reacţie, de percepţie, ale coordonării motorii şi ale atenţiei.

• Tulburare psihotică rară, dar ideaţia paranoidă tranzitorie este mai obişnuită. Psihoza este oarecum obişnuită în ţările la care unele persoane au acces pe termen lung la cannabis, cu o putere deosebită. Tulburarea psihotică indusă de cannabis poate fi asociată cu o tulburare de personalitate preexistentă la subiectul respectiv.

• Anxietatea indusă de cannabis este un diagnostic obişnuit pentru intoxicaţia acută cu cannabis, iar la multe persoane induce stări de anxietate, provocate adesea de manifestări paranoide. În asemenea circumstanţe pot să apară atacuri de panică.

Apariţia tulburărilor de anxietate este corelată cu doza, fiind cea mai frecventă reacţie adversă la consumul moderat de cannabis.

Consumatorii fără experienţă au toate şansele să prezinte simptome de anxietate în comparaţie cu acei consumatori cu experienţă, cu antecedente în utilizarea drogului.

• DSM-IV nu recunoaşte formal tulburările de dispoziţie induse de cannabis, de aceea astfel de tulburări sunt clasificate ca TULBURĂRI ALTFEL NESPECIFICATE LEGATE DE CANNABIS. Intoxicaţia dată de cannabis poate fi asociată cu simptome depresive, astfel se poate sugera un consum de cannabis pe termen lung.

DSM-IV nu recunoaşte formal nici tulburările de somn induse de cannabis sau disfuncţia sexuală, de aceea ambele sunt clasificate ca *tulburări altfel nespecificate legate de cannabis*. În cazul în care se modifică aceste simptome, ele dispar aproape întotdeauna într-un interval de maximum o săptămână, după renunţare la consumul de cannabis.

• Un alt sindrom controversat legat de cannabis este SINDROMUL AMOTIVAŢIONAL. Oamenii de ştiinţă se întreabă dacă acest sindrom este legat de consumul de cannabis sau reflectă trăsături caracterologice la un subgrup de persoane, fără legătură exclusivă a consumului de cannabis.

În mod tradițional, sindromul amotivațional a fost asociat consumului de cannabis pe termen lung și a fost caracterizat prin lipsa de voință a unei persoane de a îndeplini o sarcină la școală, la serviciu, sau în oricare loc unde este necesară atenție prelungită sau tenacitate. În același timp, aceste persoane devin de obicei apatice, își pierd energia și adaugă mult în greutate.

4.4. COCAINA

Așa cum s-a mai menționat, cocaina este unul dintre cele mai răspândite și periculoase droguri. Cocaina are și alte denumiri: *zăpadă, coke, fata, lady*. Cocaina este un alcaloid derivat din planta *Erythroxylon coca*, originară din America de Sud, ale cărei frunze sunt mestecate de indigeni pentru a obține efecte stimulatoare.

• *Intoxicația dată de cocaină*

Manualul-ghid DSM-IV specifică unele criterii de diagnostic pentru această intoxicație, scoțând în evidență semnele și simptomele comportamentale și fizice datorate consumului de cocaină. Criteriile de diagnostic din DSM-IV se referă la prezența tulburărilor perceptive. Dar, subiectul are halucinații și nu percepe realitatea înconjurătoare în mod normal, diagnosticul cel mai potrivit este *tulburare psihotică cu halucinații indusă de cocaină*.

Cocaina este consumată deoarece, de obicei, ea provoacă euforie, sporește stima față de propria persoană și sporește elanul pentru îndeplinirea sarcinilor mentale și fizice.

Unele studii recente au demonstrat faptul că acest consum a unor doze scăzute de cocaină poate fi asociat cu îmbunătățirea performanțelor pentru unele sarcini intelectuale.

Consumul unor doze mari de cocaină produce simptome de intoxicare, cum ar fi: agitația, irascibilitatea, judecata neclară, impulsivitatea sexuală și un comportament sexual potențial periculos, agresiune, o creștere generalizată a activității psihomotorii și potențiale simptome de tip maniacal.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Cele mai importante simptome fizice asociate intoxicației de tip cocaină sunt: tahicardia, hipertensiunea și midriaza.

• *Sevrajul și delirul provocate de cocaină*

După încetarea consumului de cocaină sau după o intoxicație acută, depresia de postintoxicație este caracterizată prin anxietate, iritabilitate, oboseală, hipersexualitate și, uneori, agitație. În cazul în care se consumă cocaină în cantitate redusă sau moderată, aceste simptome ale sevrajului încetează în 18 ore. În cazul unor consumuri mai mari de cocaină (cum este cazul persoanelor dependente de cocaină), simptomele sevrajului pot dura maxim o săptămână, cu un vârf de manifestare situat într-un interval de 2-4 zile.

Simptomele sevrajului pot fi asociate cu ideația suicidară. În cazul sevrajului, nevoia de consum de cocaină este foarte puternică și intensă, deoarece persoana respectivă cunoaște faptul că un consum de cocaină poate elimina simptomele neplăcute ale sevrajului. Persoanele care au traversat perioada de sevraj, deseori consumă în totală necunoștință de cauză: alcool, sedative, hipnotice sau alte medicamente (mai ales valium).

• Delirul este foarte frecvent în cazul consumului unor doze mari de cocaină. Când cocaina a fost folosită o perioadă scurtă de timp rezultă o rapidă creștere a concentrației de cocaină în sânge, sau când cocaina este amestecată cu alte substanțe psihoactive (de exemplu, amfetamina, opiacee, opioide și alcool). Persoanele care prezintă diverse afecțiuni preexistente ale creierului (care rezultă adesea de pe urma unor episoade anterioare de intoxicație cu cocană), prezintă un risc ridicat pentru delirul de intoxicație de tip cocaină.

Tulburări psihotice, tulburări de dispoziție, anxietate, disfuncții sexuale

• Ideile paranoide și halucinațiile se pot produce la circa 50% dintre consumatorii de cocaină. Producerea acestor simptome psihotice depinde de doza, durata consumului și sensibilitatea individuală a consumatorului de cocaină. Bărbații sunt mult mai predispuși la simptomele psihotice decât femeile.

Notăm că, ideile paranoide, halucinațiile auditive, vizuale și tactile sunt cele mai importante simptome psihice. Tulburările psihotice pot fi asociate cu un comportament sexual total nepotrivit, un comportament general bizar și un comportament criminal sau violent, legat de stimularea halucinatorie sau a ideației paranoide.

• Același DSM-IV conține diagnosticul pentru TULBURAREA DE DISPOZIȚIE INDUSĂ DE COCAINĂ, care poate începe în timpul intoxicației sau al sevrajului. Cel mai adesea, simptomele tulburărilor de dispoziție asociate cu intoxicația sunt de tip hipomaniacal sau maniacal, iar simptomele asociate cu sevrajul sunt caracteristice depresiei.

• DSM-IV conține și diagnosticul tulburări de tip anxios. Simptomele obișnuite ale TULBURĂRII DE ANXIETATE asociate cu intoxicația sau sevrajul de cocaină sunt: tulburări obsesiv-compulsive, tulburări legate de panică și fobie.

• DSM-IV include diagnosticul de DISFUNCȚIE SEXUALĂ, care poate debuta atunci când o persoană este intoxicată cu acest drog.. Astfel, cocaina este folosită ca un afrodisiac, pentru a întârzia orgasmul, dar consumul său repetat poate produce impotență.

Acest tip de intoxicație este asociată cu incapacitatea de a dormi, iar sevrajul este asociat cu un somn intermitent sau hipersomnolență.

4.5. HALUCINOGENE

Halucinogenele sunt o categorie nu prea clar definită, ea conține circa 100 de droguri naturale și sintetice. Cel mai bine cunoscute sunt două **halucinogene naturale** sunt *psilocibinul*, care se găsește într-un anumit tip de ciupercă, și *mescalina*, care se află în cactusul peyote. Halucinogenul **sintetic tipic** este **LSD** (*lysergic acid diethylamide*). Cea de-a treia ediție revizuită a lucrării "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – III-R)", vorbește despre o altă clasă de droguri – *arylcyclohexyaminele*, situată în aceeași categorie cu halucinogenele din punct de vedere al abuzului și dependenței. Totuși, cele două clase de droguri au efecte mentale ușor diferite, induse

organic. Din punct de vedere farmacologic, arylcyclohexyaminele sunt considerate drept anestezice disociative, dar efectele lor clinice nu pot fi deosebite de cele ale halucinogenelor. Halucinogenele şi arylcyclohexyaminele (cunoscute şi sub denumirile de psihedelice şi psihotomimetice) produc simptome asemănătoare psihozei: halucinaţii, pierderea contactului cu realitatea şi alte schimbări dramatice în gândire şi afectivitate. Drogurile psihodelice sunt considerate de unii specialişti că extind sau sporesc nivelul conştienţei.

• *Intoxicaţia cu halucinogene*

DSM-IV caracterizează intoxicaţia cu halucinogene printr-un comportament neadecvat, modificări perceptive şi unele semne epidemiologice. Acestea pot fi: anxietate, depresie profundă, teama de a-şi pierde minţile, ideaţie paranoidă, îndeplinirea necorespunzătoare a sarcinilor etc.

Schimbările perceptive care se produc la un subiect aflat în stare de negare şi alertă sunt, printre altele, intensificarea subiectivă a percepţiilor, dar mai grav, urmată, uneori de: depersonalizare, derealizare, iluzii, halucinaţii.

Două sau mai multe din următoarele simptome apar în timpul consumului de halucinogene sau la scurt timp după aceasta: dilatarea pupilelor, tahicardia, transpiraţia, palpitaţiile, privirea înceţoşată, tremurul, proasta coordonare.

Tulburări de percepţie. Tulburări psihotice, delir, anxietate, tulburări de despoziţie induse de halucinogene

• Simptomele perceptive suferite în timpul intoxicaţiei cu halucinogene sunt: halucinaţii geometrice, false percepţii de mişcare în câmpurile vizuale periferice, flashuri de culoare, culori intense, "urme" ale unor obiecte în mişcare, halouri în jurul unor obiecte, macropsia şi micropsia etc. Aceste simptome nu se datorează unei

stări speciale generale a pacientului, cum ar fi: leziunile anatomice și infecții ale creierului, epilepsie, și nu sunt atât de reprezentative pentru alte tulburări mentale cum ar fi: delirul, demența sau schizofrenia.

• DSM-IV conține diagnosticul **delirul halucinogen**, despre care se crede că este relativ rar. Acesta începe, de obicei, în timpul intoxicației, la persoanele care au consumat halucinogene pure, dar și în cazul în care halucinogenele sunt consumate cu alte substanțe.

Tulburările psihotice induse de halucinogene seamănă cu reacția de panică acută când se consumă cannabis, dar pot fi chiar mai severe. Evoluția lor este variabilă. Ocazional, tulburarea psihotică este prelungită mai ales la persoanele care prezintă tulburări schizoide de personalitate preexistente, personalități prepsihotice, un echilibru instabil al egoului sau o puternică anxietate. Aceste persoane nu pot suporta modificările perceptive, distorsiunile corp-imagine și materialul inconștient simbolic stimulat de halucinogene.

• Simptomele acestui tip de anxietate sunt variabile. Specialiștii dețin, din păcate, puține date științifice referitoare la semnele acestei anxietăți.

• Consumatorii de halucinogene pot avea simptome de tip maniacal, cum sunt cele legate de depresie sau grandomanie. Aceste simptome dispar, de obicei, invariabil din momentul în care drogul a fost eliminat din corpul pacientului.

4.6. OPIACEE

Opiumul este obținut pe baza extractului de *papaver somniferum*. Circa 20 de alcaloizi opioizi derivă din opium, dintre care cel mai cunoscut este morfina. Alți alcaloizi opioizi se produc în mod natural sau pot fi sintetizați pe bază de morfină, inclusiv **heroina** (*diacetilmorfina*), **codeina** și **hidromorfina** (*Dilaudid*). Opioizii *sintetici* produși numai în laborator includ **meperidina** (*Demerol*), **methadona** și **propoxyphena** (*Darvon*). Antagoniștii opioizilor, compuși sintetici care blochează acțiunea opiumului, includ **naloxona** (*Narcan*), **naltrexona** (*Trexan*), **nalorphina, levllorphana** și **apomorfina**. Agenții

mixti, cu proprietăți agoniste și antagoniste includ **pentazocina** (*Talwin*), **butorfanolul** (*Stadol*) și **buremorfina** (*Buprenex*).

• ***Intoxicația și sevrajul la opiacee***

• DSM-IV menționează, în general, prezența unei dispoziții modificate, a unei încetiniri psihomotorii, a unei exprimări greoaie, a unei alterări a memoriei și atenției, ca indicatori ai diagnosticului cu opiacee.

Același DSM-IV subliniază și posibilitatea specificării de **tulburări perceptive** în cadrul diagnosticului. În general este vorba despre schimbări comportamentale și unele simptome fizice specifice.

• *Morfina și heroina*

Sindromul sevrajului la MORFINĂ ȘI HEROINĂ începe de obicei la 6-8 ore după consumul ultimei doze, în general după o săptămână sau două de consum continuu sau administrarea unui antagonist al narcoticelor. Sindromul sevrajului atinge intensitatea maximă în timpul celei de-a doua sau a treia zi și persistă de-a lungul următoarelor 7-8 zile. Cu toate acestea, unele simptome pot persista vreme de 6 luni sau mai mult.

• *Meperidina*

Sindromul sevrajului la meperidină începe rapid, atinge nivelul maxim după 8-12 ore și se întinde pe parcursul a 4-5 zile.

• *Methadona*

Sindromul sevrajului la methadonă începe la 1-3 zile după consumul ultimei doze și se întinde pe parcursul a 10-14 zile.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

• *Simptome ale sevrajului și delirul la opiacee*

• Sevrajul la opiacee este definit oficial în DSM-IV. El constă în crampe musculare și dureri de oase, cu diaree gravă sau acută, crampe abdominale, febră, dilatarea pupilelor, hipertensiune, tahicardie, variații ale temperaturii (inclusiv hipotermie și hipertermie).

O persoană care prezintă dependență de opiacee, rareori moare din cauza sevrajului la opiacee, cu excepția existenței unei severe boli somatice preexistente anterioare, cum ar fi o afecțiune cardiacă. Simptomele secundare ca: insomnie, bradicardie, temperatură variabilă și nevoia de a consuma opiacee, pot persista luni de zile după sevraj. Oricând în timpul sindromului de abstinență, o singură injecție de morfină sau heroină înlătură toate aceste simptome. Alte simptome asociate sevrajului la opiacee includ: agitația, iritabilitatea, depresia, tremorul, slăbiciunea, greața și voma.

• DELIRUL este specificat în cadrul manualului DSM-IV ca un diagnostic aparte. Este cel mai posibil ca el să se producă doar când opiaceele sunt consumate în doze mari, sunt amestecate cu alte componente psihoactive sau sunt consumate de o persoană care prezintă tulburări ale funcționării creierului sau sistemului nervos central (de exemplu, epilepsia).

• *Tulburarea psihotică și tulburarea de dispoziție*

Aceasta poate începe în timpul intoxicației cu opiacee. Criteriile de diagnostic sunt conținute în DSM-IV

Simptomele sunt, în general, de natură maniacală, depresivă sau maniaco-depresivă, în funcție de reacția particulară a subiectului față de consumul de opiacee. Un astfel de subiect prezintă simptome maniaco-depresive asociate iritabilității.

• *TULBURAREA DE SOMN ȘI DISFUNCȚIA SEXUALĂ*

În general, subiecții suferă mai degrabă de hipersomnie decât de insomnie. Disfuncția sexuală cel mai ades întâlnită poate fi impotența.

BCU "ȘTEFAN CEL MARE" SUCEAVA

• *TULBURĂRI ALTFEL NESPECIFICATE*

DSM-IV indică diagnosticul pentru tulburări provocate de opiacee sau prezintă simptome de tip delirant, dispoziţie anormală, disfuncţii sexuale şi ale somnului. Toate celelalte afecţiuni clinice, care nu se includ în aceste categorii, sunt exemple de tulburări provocate de opiacee *altfel nespecificate.*

• **Tipuri de dezintoxicare (în dependenţa de opiacee)**

Experienţa spaniolă identifică **2 mari tipuri de dezintoxicare** pentru fiecare variantă: în spital sau ambulatoriu.

1. Primul tip utilizează un antagonist opioid şi micşorează doza mai mult sau mai puţin rapid: clasic, între 6 şi 8 săptămâni pentru o dezintoxicare ambulatorie cu methadonă sau 15 zile în spital.

2. Al doilea tip grăbeşte voluntar apariţia SAO (Sindromul abstinenţei la opiacee) şi pe care îl accelerează utilizând un antagonist opioid pur, ca naltrexona sau naloxona, cu scopul de a trata simptomele precoce. Se administrează clonidina (alfa-2-presinaptic) şi alt medicament simptomatic (metoclopramida, ondasetron, loperamida etc.), sedare uşoară cu midazolam. Nevoia de a fi hidrataţi, diareea frecventă, starea de confuzie reziduală, controlul TA, ECG şi patologia obstructivă respiratorie fac dificilă folosirea acestor tratamente de către personalul neexperimentat.

4.7. BENZODIAZEPINE (BZD)

În acest material a mai fost abordat subiectul. Dar insistăm deoarece în prezent consumul de BZD a crescut progresiv de-a lungul anilor. S-a calculat că între 10-20% din populaţia adultă din ţările occidentale a consumat BZD în ultimul an şi între 1-3% consumă aceste substanţe de mai mult de un an. În Spania, între 1985-1994, consumul de medicamente anxiolitice a crescut cu 106%. Specificăm între altele:

• cele mai utilizate au fost lorazepam, alprazolam, clorazepam și diazepam;

• potențialul de abuz este crescut, în special la lorazepam și alprazolam;

• durata medie a tratamentului este în jur de 2 ani.

În pofida acestei largi răspândiri a BZD, prevalența dependenței este de aproximativ 1-3% din toți pacienții tratați.

BZD sunt consumate mai mult de femei (dublu față de bărbați) și de persoanele majore. Se consumă, totuși, și de populația tinără, deoarece în ultimii ani accesiblitatea BZD a crescut.

Elemente farmacologice

În mod normal, se administrează pe cale orală, absorbția lor oscilând între 30 minute și 6 ore, în funcție de componente. Referitor la proprietățile lor farmacocinetice, BZD se lipesc de proteinele plasmatice, dar prezintă volume diferite de distribuție, asemenea capacității de fixare a țesutului adipos. Din metabolismul lor hepatic pot rezulta, în funcție de tipul de BZD, metaboliți care mențin sau nu mențin activitatea terapeutică. Aceste proprietăți farmacologice distincte se traduc în variațiile timpului de inițiere și de durată a acțiunii diferitelor BZD. Când volumul de distribuție este mare, crește și timpul necesar pentru a atinge concentrația maximă și acest lucru poate să nu se realizeze până la administrarea de doze variate. BZD cu liposolubilitate mai mare prezintă un început rapid al acțiunii, dar un timp mai mic al duratei efectelor asupra S.N.C., în timp ce BZD care prezintă metaboliți activi își mențin efectele pe o perioadă mai mare de timp. Toate BZD se elimină pe cale renală, traversând bariera placentară și trecând în laptele matern, cu implicațiile ce decurg pentru făt.

Unii autori au observat că variabilele tipului farmacocinetic și farmacodinamic pot fi relaționate cu frecvența cu care aceste substanțe sunt utilizate atât în doze terapeutice, cât și în doze mai mari în cazul pacienților dependenți (apud. Martinez-Cano și colab., 1996).

TOLERANŢA – ca fenomen previzibil

Utilizarea îndelungată a BZD prezintă posibilitatea apariţiei fenomenului de toleranţă în faţa efectelor sale terapeutce. Din punct de vedere farmacologic este bine cunoscută dezvoltarea toleranţei faţă de efectele sedative şi psihomotorii, dar există controverse asupra dezvoltării toleranţei faţă de efectele sale anxiolitice. Întrucât majoritatea pacienţilor la începutul tratamentului cu BZD indică prezenţa somnolenţei, care dispare în câteva zile (Eatman şi colab., 1977), tot aşa a apărut şi posibilitatea instalării toleranţei la efectele anxiolitice, cu toate că este probabil ca aceasta să se dezvolte mai lent. Majoritatea pacienţilor aflaţi în tratament cu BZD menţin o doză stabilă, deşi în alte cazuri se observă măriri rapide ale dozei (Winstead şi colab., 1974).

Mecanismul neurobiologic prin care BZD pot conduce la toleranţă este încă suficient de confuz şi dificil de interpretat. Efectul care se observă de-a lungul unui tratament îndelungat variază enorm în funcţie de BZD utilizată şi de modelul de tratament utilizat. Multe studii au demonstrat o diminuare ("down-regulation") a zonelor cerebrale de unire a BZD, deşi în mod obişnuit afinitatea rămâne nealterată (Hutchinson şi colab, 1996).

Dependenţa/abuzul de sedative, hipnotice şi anxiolitice

Există dificultăţi în încercarea de a defini adecvat dependenţa de BZD, cauzate mai ales de imposibilitatea de stabilire exactă a prevalenţei acestui fenomen. În plus, din punctul de vedere al potenţialului de abuz, BZD prezintă caracteristici farmacologice distincte, cum ar fi intensitatea, rapiditatea de acţiune, tipul de metabolizare, producerea de metaboliţi activi, durata medie de eliminare sau capacitatea de întărire, care pot fi relevanţi pentru diferenţierea potenţialului de abuz sau dependenţă. Deşi este suficient de cunoscut faptul că BZD prezintă un potenţial scăzut de abuz sau dependenţă, există posibilitatea ca în tratamente de lungă durată să apară dependenţa. În DSM-IV criteriile de dependenţă sunt aceleaşi ca şi pentru alte substanţe, dar se poate spune că nu există un consens clar pentru delimitarea corectă a dependenţei de BZD. Acceptarea că

acestea sunt substanțe capabile de a genera dependența și sindromul de abstinență la doze terapeutice sunt concepții relativ recente (Hallstrom și Lader, 1981). Nu demult, se accepta doar posibilitatea existenței unor semne de abstinență la retragerea medicamentației anxiolitice când se utilizau doze mari (100-600 mg pe zi de clordiacepoxid sau doze substitutive), ori dacă acest tratament se prelungea mai multe luni (Petursson și Lader, 1981).

Dependența de BZD a fost acceptată pentru prima dată la începutul anilor '60 și s-a evidențiat în mod clinic la jumătatea anilor '70. În anul 1978 prescrierea de tranchilizante a crescut la cifra de 22 de milioane pe an, existând o preocupare crescândă pentru prescrierea excesivă (Lader, 1987). S-a calculat că, dacă un pacient începea un tratament anxiolitic cu BZD, prezenta un risc de 20% de a deveni un consumator cronic (Williams și colab., 1982).

Deși nu există un sistem care să garanteze un diagnostic corect al unei posibile dependențe de BZD, posibilitatea ca aceste substanțe să producă efecte de întărire poate reprezenta mecanismul farmacologic și comportamental primar subadiacent al formelor de consum al acestor substanțe, ca substanțe de abuz în rândul anumitor colective de risc, cum ar fi pacienții toxicomani și utilizate într-o formă neadecvată de alți pacienți (apud. Griffiths și Weerts, 1997).

S-a încercat realizarea unui chestionar de autoevaluare a dependenței de BZD. "*Benzodiazepine Dependence Questionnaire*" (BDEPQ) fapt care constituie o încercare de a crește validitatea și fidelitatea diagnosticului în populația generală (Baillie și Mattick, 1996). Fără îndoială, există diferențe geografice notabile, între țările nordice în care prevalența și dependența oscilează între 40 și 97%, iar în țările din sudul Europei, aceste cifre sunt net inferioare (Kan și colab., 1997).

Întreruperea tratamentului cu benzodiazepine

Au fost descrise diverse sindroame la întreruperea tratamentului cu aceste medicamente, cum ar fi: respingerea, recurența sau recidiva și sindromul de abstinență. Unii autori consideră că o treime dintre consumatorii uzuali de BZD prezintă un sindrom de abstinență fizică

la întreruperea tratamentului medicamentos (Lader, 1994; Petursson, 1994). Deşi cele trei sindroame de întrerupere a tratamentului descrise în continuare pot fi delimitate în mod conceptual, în practica specialiştilor clinicieni identificarea lor este dificilă, în special când se produc într-o formă simultană sau succesivă la acelaşi pacient.

1. Respingerea

Se poate defini ca o creştere în intensitate sau gravitate a simptomelor iniţiale pentru care s-a prescris BZD. Simptomele sunt asemănătoare sau identice cu tulburarea iniţială, deşi într-o formă tranzitorie pot să crească în intensitate. Prevalenţa exactă a acestui fenomen este confuză, dar se pare că oscilează între 15-30% (Tyrer, 1990). Simptomatologia apare rapid la câteva ore sau zile de la întreruperea tratamentului şi depinde de dozele utilizate.

Dispariţia fenomenului de respingere nu implică în mod necesar şi existenţa dependenţei fizice, deşi simptomele dispar la reinstaurarea tratamentului. Importanţa clinică a acestui fenomen nu este foarte clară, dar ar putea să favorizeze reinstaurarea tratamentului anxiolitic. Utilizarea de BZD cu "viaţă scurtă" a dozelor mari şi întreruperea bruscă sunt principalii determinanţi ai reapariţiei anxietăţii respinse, deşi principalul determinant al respingerii este utilizarea dozei anterioare de medicamentei şi nu durata tratamentului.

2. Recidiva

Reprezintă reapariţia simptomelor originale pentru care s-a prescris tratamentul (ex. anxietate, insomnie). La încetarea tratamentului, tulburarea subadiacentă reapare într-o formă lentă, pe o perioadă de săptămâni şi luni. Simptomele sunt similare celor observate anterior, atât referitor la caracteristici (ca gravitate) şi persistă în tot acest timp (*apud*. Greenblatt şi colab., 1990; Narajo şi Busto, 1993).

Criterii pentru diagnosticul de abstinență la sedative, hipnotice, anxiolitice (conform DSM-IV):

A. întreruperea sau diminuarea unui consum mare și prelungit de sedative, hipnotice sau anxiolitice,

B. două sau mai multe dintre următoarele semne, care apar la un interval de câteva ore sau zile în conformitate cu starea generată de conținutul criteriului A:

1. hiperactivitate (ex. transpirație sau puls crescut),
2. accentuarea tremuratului mâinilor,
3. insomnie,
4. grețuri sau vomă,
5. halucinații vizuale, tactile, auditive tranzitorii sau iluzii,
6. agitație psihomotorie,
7. anxietate.

C. simptomele cuprinse în Criteriul B produc o perturbare semnificativă a funcționării sociale, profesionale, ocupaționale.

3. Sindromul de abstinență la BZD

Există multe dificultăți în definirea abstinenței care apare la întreruperea unui medicament anxiolitic, dat fiind faptul că primul simptom care apare în abstinență este anxietatea și că multe tulburări de anxietate tind să fie rezistente, necesitând tratamente îndelungate. În sens restrâns, sindromul se referă la apariția de noi simptome, care nu făceau parte din tulburarea originală, concomitent cu intensificarea simptomelor anterioare. În primele etape este extrem de dificil de determinat dacă această anxietate este cea care motivează prescrierea anxioliticului sau dacă face parte din începutul abstinenței, deoarece în ambele cazuri dispar manifestările clinice la reluarea tratamentului anxiolitic.

Totuși, dacă aceste manifestări nu se tratează imediat, diferența dintre cele două cazuri este mai evidentă. Reacția de abstinență se dezvoltă asemenea unui sindrom cu simptome specifice (halucinații

vizuale), care nu poate fi justificat prin simpla existență a anxietății. Dimpotrivă, reapariția anxietății demonstrează o creștere cantitativă a simptomatologiei originale. În plus, aspectul temporal al ambelor condiții este distinct: în abstinență se produce un cadru clinic care crește în intensitate până la punctul maxim, pentru ca apoi să descrească progresiv, în timp, până ajunge la situația bazală. În reapariția anxietății clinice, are loc o reacție de accentuare a simptomelor preexistente, care se mențin atâta timp, cât nu se reîncepe tratamentul anxiolitic (Smith, 1984).

În general, se poate accepta cea mai mare frecvență a abstinenței la BZD că se realizează când:

- se utilizează BZD în doze regulate mai mult de 4 luni,
- când se utilizează doze mari,
- când se întrerupe brusc,
- când se prescriu la pacienți cu risc (alcoolici și alți toxicomani) sau la cei care prezintă o tulburare psihiatrică sau de personalitate (Lader și Petursson, 1983).

Relaționat cu factorii de tip farmacologic, în general, gravitatea sindromului de abstinență evoluează în funcție de dozele administrate și de durata tratamentului.

Factorii farmacologici, psihici și dificultatea întreruperii tratamentului cu BZD:

Factori farmacologici:

- doze zilnice mari,
- tratament îndelungat,
- diminuare rapidă a dozelor.

Factori psihici:

- tulburare de personalitate anterioară sau actuală;
- prezența unei psihopatologii concomitente;
- antecedente de alcoolism sau dependență/abuz de substanțe.

Cursul abstinenței trebuie să depindă și de „viața" medicamentului. Pentru BZD cu acțiune prelungită, intensitatea maximă apare în a 5-a zi, diminuând abstinența între a 8-a și a 9-a zi. Cu toate acestea, abstinența nu depinde numai de viața medicamentului, ci și de alți parametri relaționați cu medicamentul sau cu pacientul. Începutul ei trebuie să fie între ziua a 3-a și a 10-a, iar durata oscilează între 5-20 zile, depinzând de toate variabilele menționate. Deși manifestările abstinenței dispar gradual între 3-6 săptămâni, au fost descrise cazuri în care persistența simptomelor abstinenței a fost mai mare și s-a prelungit chiar mai multe luni.

Tratamentul

Majoritatea cazurilor de abstinență la BZD evoluează fără complicații. Din punct de vedere farmacologic, normele care trebuie să conducă tratamentul abstinenței de BZD includ:

– diminuarea graduală a dozelor,

– substituirea BZD cu alte medicamente cu o capacitate mai redusă de a da dependență,

– simultan, introducerea de tratamente nemedicamentoase pentru reducerea anxietății.

În tratamentele sindromului de abstinență de BZD se folosesc anxiolitice, anticonvulsivante, hormoni steroizi cu metaboliți de tip barbituric, medicamente de tip betablocante și antagoniști a calciului. Acestora li se adaugă un segment foarte important al tratamentului din ce în ce mai acceptat și apreciat: nivelul psihologic – terapii cognitiv-comportamentale, tehnica analizei tranzacționale etc.

În ciuda faptului că nu există un consens asupra unei terapii pentru **tratamentul sindromului de abstinență** se consideră că BZD sunt medicamentele cu foarte mare utilitate. În tabelul de mai jos se prezintă dozele echivalente ale BZD distincte.

BZD	Doze (mg)
Alprazolam	1
Bromazepam	9
Clomazepam	2
Clorazepat	30
Clordiazepoxit	25
Diazepam	15
Flumitrazepam	15
Flurazepam	30
Lorazepam	2
Lormetazepam	3
Oxazepam	30
Prazepam	0
Temazepam	30
Triazolam	0,75

Dat fiind faptul că frecvenţa şi gravitatea simptomelor de abstinenţă sunt direct relaţionate cu rapiditatea diminuării concentraţiei plasmatice a medicamentului, BZD de viaţă scurtă trebuie să fie înlocuite cu doze echivalente din alte BZD cu acţiune prelungită. Agoniştii parţiali ai receptorului benzodiazepinic se aşteaptă că produc o creştere a manifestărilor de abstinenţă, până când pacientul (şi, probabil, receptorii lui) se adaptează la întreruperea tratamentului. Totuşi, unicul studiu pilot publicat până acum, în care s-a evaluat eficienţa Alpidem-ului, a fost apreciat negativ (*apud.* Lader şi colab., 1993).

La nivel farmaceutic, de asemenea, s-a propus utilizarea de medicamente de tip non-benzodiazepinic, cum ar fi **propranololul**, un medicament betablocant, care a fost încercat pentru reducerea intensităţii simptomelor de abstinenţă relaţionate cu o hiperactivitate a sistemului nervos vegetativ (*apud.* Tyrer, 1981; Abernethy, 1981). Acest grup de medicamente, deşi cu o popularitate mare în practica medicală, se pare că sunt puţin eficiente în tratamentul manifestărilor de anxietate, mai ales dacă sunt grave (*apud.* Hallstrom, 1981). Propranololul a fost testat ca medicament pentru menţinerea abstinenţei la doze descrescătoare (*apud.* Cantopher, 1990).

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

Antipsihoticele în doze mici pot, de asemenea, să fie eficiente în contracararea manifestărilor abstinenței, deși în practică nu toate antipsihoticele s-au dovedit utile (inclusiv unele dintre ele, ca oxipertina, pot accentua efectele). În unele cazuri, antipsihoticele pot fi o alternativă la tratamentul cu BZD, riscul de efecte secundare fiind mare în comparație cu posibilul beneficiu pe care îl pot avea.

S-a propus utilizarea de **clonidină** în tratamentul medicamentos al abstinenței de BZD. La baza acestei decizii este existența unei hiperactivități nonadrenalinice similare celei care se produce în abstinența la opiacee, în care clonidina și-a demonstrat eficacitatea. Aceasta corelează cu ideea că, odată cu reducerea activității adrenalinice, se reduce și gravitatea abstinenței. Dozele încercate au oscilat între 0,4 și 0,6 mg pe zi, cu toate că dacă se prelungește tratamentul mai multe săptămâni, eficiența sa este practic nulă.

În plus, a fost încercată și **carbamazepina** ca anticonvulsivant și pentru diminuarea hiperactivității S.N.C. În general, efectele au putut fi considerate ca moderate în controlul sindromului de abstinență și superioare în evitarea recidivelor. Și *valproatul sodic* crește funcția gabaergică și prezintă toleranță la BZD, ceea ce pare că diminuează gravitatea abstinenței.

Și unele **antidepresive**, cum ar fi **amitriptilina**, au fost încercate în tratamentul dependenței de BZD. În ultimii ani s-a încercat descoperirea de noi antidepresive, care să prezinte un profil farmaceutic mai bun decât cel al triciclicelor, cum este cazul inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS). Au fost testate și alte antidepresive de generația a treia, ca venlafaxina, a cărei eficacitate nu se limitează la tratamentul tulburărilor stărilor afective și cu aplicații în terapia tulburărilor de panică și a tulburărilor depresive, care urmează anxietății sau sunt incluse ca tratament anxiolitic.

Substituirea BZD cu anxiolitice nonbenzodiazepinice, ca **buspirona**, nu suprimă și nici nu evită dezvoltarea sindromului de abstinență. Într-un studiu recent, pacienții care anterior au fost tratați cu buspironă mai multe săptămâni înainte de întreruperea tratamentului cu BZD, au demonstrat un răspuns bun, dacă era vorba de utilizatori de BZD pe o perioadă de 5 luni.

Utilizarea de **barbiturice** de "viaţă intermediară" sau "lungă" poate tempera simptomele de abstinenţă, în special la pacienţii cu dependenţă mixtă de BZD/alcool. Dar, acest tip de tratament este de preferat să fie realizat înr-un mediu spitalicesc, ţinând cont de recomandările Asociaţiei Americane de Psihiatrie (1990).

Medicamentele hipnotice neanxiolitice ca **zolpidem** sau **zolpiclona**, de asemenea reuşesc să **readucă** manifestările de abstinenţă nu pot fi considerate ca medicamente alternative ale BZD, descriindu-se inclusiv cazuri de dependenţă.

Datorită posibilei lor acţiuni modulatoare asupra neurotransmiterii monoaminergice, s-a propus utilizarea de **antagonişti CCK-B**.

O altă strategie terapeutică posibilă este utilizarea de medicamente care, direct sau indirect, accentuează transmisiunea gabaergică, ca agoniştii parţiali de tip abecarnil sau neurosteroizii cu activitate de tip barbituric.

Se crede şi că progesteronul poate fi un medicament promiţător, deoarece prezintă metaboliţi care au o acţiune modulatoare de tip barbituric în neurotransmisiunea gabaergică. Totuşi, în cadrul unor tatonări controlate, nu şi-a demonstrat eficacitatea.

Prescrieri de BZD

Alegerea unei BZD de către medici este condiţionată de o serie de factori în relaţia cu medicamentul dar mai ales cu pacientul. Din punct de vedere farmacologic, medicul trebuie să ţină cont de proprietăţile farmacocinetice distincte (metaboliţii activi, consistenţa plasmatică), neuitând că aceste proprietăţi pot varia în unele stări patologice, ca insuficienţa hepatică, în anumite grupuri de vârstă, cum sunt copiii sau bătrânii. La bătrâni, BZD se folosesc ca anxiolitice, deşi se pot prescrie şi ca *anticonvulsivante* sau relaxante musculare. Ca regulă generală, nu trebuie administrate mai mult de şase luni. Această recomandare nu se aplică, dacă administrarea acestor medicamente împreună cu *anticonvulsivante* uşoare, când se utilizează unui pacient care în mod clar beneficiază de această medicaţie sau când reapare simptomatologia, după încercări anterioare de întrerupere a tratamentului.

Medicii ştiu că BZD trebuie utilizate cu grijă în perioada de sarcină, nerecomandându-se în primele trei luni ale acesteia.

Factori de risc

Factorii de risc în dependența de BZD pot fi relaționați, de asemenea, cu medicamentul și cu pacientul. Majoritatea pacienților utilizează BZD pe perioade reduse de timp, de aproximativ 4 săptămâni sau mai puțin și, în general, utilizează doze mai mici decât cele prescrise, iar cu timpul reduc dozele. Acei pacienți cu tulburări cronice, precum tulburarea de anxietate, utilizează BZD regulat, în doze mari și pe perioade lungi. Totuși, câțiva dintre cei cărora li s-au prescris BZD continuă să le folosească fără nici o justificare clară și cu timpul chiar își cresc dozele. Factorii de risc în utilizarea incorectă a BZD pot fi: populația cu manifestări de anxietate, sexul feminin, boli care necesită intervenție chirurgicală, alcoolismul, dependența de droguri și tulburările psihiatrice, fie că sunt tulburări de personalitate, tulburări de tip anxietate sau tulburări ale dispoziției.

Medicamentul și factorii de conexiune

1. Dozele mari

Studii mai recente au concluzionat că, tendința de a experimenta simptome de abstinență este relaționată cu doza. Astfel, pacienții care consumă doze mari pe o perioadă mare de timp prezintă aceste simptome mai ușoare. Nu există o "doză mare minimă" care să permită prezicerea dezvoltării dependenței fără contribuția altor variabile, cum ar fi durata tratamentului, tipul de BZD și alți factori care țin de structura intimă a pacientului.

2. Dozele terapeutice

Conceptul de dependență de BZD la doze terapeutice este relativ recent și nu este exclusiv folosit pentru aceste medicamente. Pacienții pot deveni dependenți și pot dezvolta sindromul de abstinență, când aceste medicamente nu se mai utilizează brusc. Există numeroase studii care au evidențiat existența unei dependențe fiziologice ca răspuns la doze terapeutice de BZD de "viață lungă sau scurtă".

3. Durata tratamentului

Pentru mulți clinicieni, o întrebare relevantă în legătură cu apariția toleranței este referitoare la timpul necesar pentru ca dozele terapeutice să producă semne și simptome de abstinență semnificative din punct de vedere clinic la întreruperea tratamentului. Dacă se ia în considerare doza și durata tratamentului, timpul necesar pentru apariția simptomelor de abstinență se diminuează când se folosesc doze mai mari decât cele obișnuite. Dacă dozele administrate se găsesc în intervalul terapeutic, numărul zilelor devine o variabilă critică pentru inducerea simptomelor de abstinență, în timp ce dacă se utilizează doze mai mari, se scurtează și numărul de zile necesar pentru dezvoltarea acestor simptome.

4. Populații de risc sunt reprezentate de:

- alcoolici, toxicomani
- pacienți cu tulburări psihiatrice (mai ales psihotice)

Recent a fost studiată comorbiditatea psihiatrică la 30 de pacienți aflați în tratament pentru dependență de BZD. În antecedentele psihopatiologice ale acestor pacienți, cel mai frecvent diagnostic psihiatric a fost depresia majoră (33%), dependența de substanțe psihoactive (de opiacee – 77% și de alcool – 53%) și tulburarea de panică (30%).

Într-un alt studiu recent printre diagnosticele psihiatrice existente în momentul evaluării, pe lângă dependența de BZD, existau următoarele dependențe: 83% BZD, 67% opioide, 13% cocaină și 17% substanțe multiple, tulburarea de panică (13%) și tulburarea de anxietate generalizată (20%).

Printre tulburările de personalitate, cea mai frecventă a fost cea ANTISOCIALĂ (42%), urmată de *tulburarea de tip evitant* (25%) și cea *de tip borderline* (17%).

Cap. V. „CERERE ŞI OFERTĂ" ÎN ABUZUL DE DROG*

Pledoarie pentru cunoaştere şi evaluare

În explicarea dependenţei se foloseşte modelul sistemului sanitar care se bazează pe **conceptul de cerere**. Acest concept implică *trei circumstanţe*:

1. **conştientizarea** de către pacient a propriei probleme;
2. **voinţa** de a rezolva problema;
3. **alegerea sistemului sanitar**, ca loc în care îşi va rezolva problema.

După cum ştim, cei mai mulţi dependenţi nu sunt conştienţi de acest lucru, chiar mai mult, intensa lor ambivalenţă faţă de dependenţă le determină comportamentul, motiv pentru care cu greu apelează la SISTEMUL SANITAR pentru problema lor. Astfel, dintre cei care ajung să devină conştienţi de dependenţa lor, majoritatea fie nu vor, fie încă nu sunt pregătiţi pentru a o înfrunta şi rezolva.

Pe de altă parte, dintre cei care apelează la sistemul sanitar doar o mică parte prezintă cererea, în forma în care a fost definită anterior; adică prezintă o motivaţie internă pentru a reuşi **abstinenţa, dezobişnuirea** şi **reinserţia**. Majoritatea celor care apelează prezintă ceea ce unii denumesc "o ofertă", care nu e altceva decât circumstanţa în care cineva recurge la sistemul sanitar pentru a-şi rezolva o problemă, adică motivaţia externă. În aceste două situaţii, este cert că pacientul e cel care apelează, de aceea terapeutul trebuie să profite de situaţie maximum, să aibă abilitatea de a distinge momentul în care se poate reconverti această **motivaţie externă iniţială** (sau ofertă) într-o **motivaţie internă**.

---

* Capitol redactat cu ajutorul dr. RADU COSTEA, medic primar, şef lucrări U.M.F. „Carol Davila", Bucureşti, şi drd. MIRONA MARCU VĂLEAN.

BCU CLUJ / UNIVERSITY LIBRARY

Programele pentru pacienţi cu un înalt nivel de angajament terapeutic au două tipuri de alternative, în funcţie de obiectivele trasate.

1. Prima alternativă

Obiectivul final al acestei alternative este abstinenţa, datorită bunei adaptări bio-psiho-sociale, incluzând agonistul terapeutic şi iniţierea progresivă a proceselor de dezobişnuire, reabilitarea şi reinserţia. În realitate, aici putem vorbi despre menţinerea sau substituirea cu agonişti, ceea ce se numeşte **dezintoxicare ambulatorie**.

În cazul folosirii de methadonă, se prescriu doze de rang scăzut (doze mici) de 20-40 mg zilnic cu o durată ce variază între 3 şi 6-8 săptămâni. În unele ţări există un alt model de dezintoxicare foarte utilizat, este cel care foloseşte dextropopoxifenul (Deprancol 150 mg) timp de 12 zile.

2. A doua alternativă

Pacienţii substituie consumul de heroină cu un agonist, ca methadona, l.A.A.M., buprenorfina (sau heroina prescrisă în condiţii sanitare) şi încearcă să se adapteze personal şi social la mediul înconjurător.

Se utilizează methadona ca agonist în doze de menţinere de 80 mg +/– 20 mg zilnic, deşi se poate ajunge fără nici o restricţie la doze mai adecvate, oricât de mari ar fi.

Caracteristicile consumului de ECSTASY în Spania

Întrucât în ultimii ani a luat o mare amploare fabricarea şi consumul acestui drog, prezentăm experienţa spaniolă în acest domeniu.

1. consum experimental de scurtă durată şi autolimitat:

a) 31-60% dintre consumatori-ocazional sau experimental.

2. consum recreativ, care are loc în circumstanţe bine determinate şi asociate cu odihna:

a) 5,3% consumă singuri;

b) 9,6% consumă în grupuri de prieteni sau în cuplu;

c) 80% consumă în discoteci sau la petreceri;

d) creșterea consumului la sfârșit de săptămână, în vacanța de vară, în zone turistice.

1. consum în populații foarte tinere și cu un profil diferit de cel al toxicodependenței clasice:

a) vârsta medie de consum este 18 ani, cu nivel de studii medii și superioare;

b) cea mai mare prevalență (față de alte droguri) la femei 30-40%.

2. policonsum de substanțe toxice:

– combinațiile cele mai frecvente: cannabis, amfetamină sub formă de speed, halucinogene și cocaină, alcool și ecstasy (63% din cazuri).

3. autolimitarea consumului:

– se consumă foarte mult la sfârșitul săptămânii și se înregistrează limitarea consumului în restul săptămânii.

4. consumul de ecstasy se produce pe cale orală și sub formă de comprimate sau capsule dificil de identificat.

Instrument pentru evaluarea internațională a tulburărilor de personalitate (I.P.D.E.)

Importanța și dificultatea diagnosticării tulburărilor de personalitate au determinat căutarea de instrumente de diagnostic. Este evident că diagnosticul tulburărilor de personalitate a fost, printre altele, și din cauza lipsei de instrumente, unul dintre principalele deficiențe ale psihiatriei. În acest sens, unul dintre obiectivele principale ale programelor de Sănătate Mentală ale O.M.S. este dezvoltarea unui limbaj psihiatric comun. Programele O.M.S. și Institutul Național de Sănătate au în vedere dezvoltarea și standardizarea de instrumente de evaluare diagnostică. În interiorul programului menționat și plecând de la "Personality Disorders Examination" – Loranger (1988) s-a dezvoltat alt program de utilizare și modificare, în 14 centre din 11 țări, din 4 continente,

care conţine **Examinarea Internaţională a Tulburărilor de Personalitate (I.P.D.E.).**

I.P.D.E. este un INTERVIU CLINIC SEMISTRUCTURAT desemnat pentru evaluarea tulburărilor de personalitate după sistemul de clasificare ICD-10 şi DSM-IV. Prin forma sa de organizare se încearcă stabilirea unei balanţe optime între un interviu clinic natural şi spontan şi condiţiile de standardizare şi obiectivitate. Întrebările se succed natural şi dau un mare confort aplicării în clinică. Sunt organizate pe 6 domenii: munca, Eul, relaţiile interpersonale, afectivitatea, proba realităţii, controlul pulsiunilor.

În ciuda faptului că nu există un consens asupra timpului cât trebuie să fie prezentă o conduită pentru a fi considerată trăsătură de personalitate şi ţinând cont că DSM-IV situează începutul primelor manifestări ale tulburărilor de personalitate în adolescenţa târzie sau la începutul vârstei adulte, în plus trebuie să fie stabile şi de lungă durată. I.P.D.E. adoptă sensul că trebuie să existe o perioadă de timp de mai puţin de 5 ani pentru a fi considerată trăsătură de personalitate. Se mai cere ca unul dintre criterii să fie prezent înainte de 25 de ani pentru a se pune diagnosticul de tulburare. În adolescenţă s-ar putea aplica o perioadă de 3 ani, pentru a le putea constata. În orice caz, nu se indică luarea în calcul a unor perioade de timp mai mici de 5 ani la subiecţii mai mari de 20 ani.

I.P.D.E. admite posibilitatea că pot avea loc transformări ale personalităţii la vârsta medie sau avansată şi că o adevărată tulburare de personalitate poate apărea la suprafaţă în aceste perioade. Pentru ele, opţiunea unei diagnoze de tulburare de personalitate începe târziu, până când datele empirice permit pronunţarea asupra temei. În acelaşi fel, deja este deschisă opţiunea de a realiza un diagnostic în trecut, pentru cineva care a corespuns cerinţelor, dar nu şi în ultimul an.

Nu trebuie să uităm că, acest instrument valoros nu e menit să exploreze toate aspectele personalităţii. Scopul lui este, fără îndoială, să identifice acele trăsături şi comportamente care sunt relevante pentru evaluarea criteriilor tulburărilor de personalitate după sistemele de clasificare DSM-IV şi ICD-10. De asemenea, dă o dimensiune punctuală pentru individ în fiecare tulburare, fără să ţină cont dacă îndeplineşte toate criteriile.

I.P.D.E. este o unealtă autodescriptivă şi cere în premisele sale ca foarte multe persoane să aibă capacitatea de a oferi descripția validă a propriilor alterări ale personalității. Şi totuşi, în unele cazuri individul poate să nu fie conştient de unele caracteristici ale sale şi poate chiar să ajungă să nu-şi recunoască comportamentele, dacă acestea nu sunt social-acceptabile sau dacă recunoaşterea lor îi periclitează interesele. Dimpotrivă, alte persoane îşi pot exagera alterările conduitelor sale, care pot fi reflectarea propriilor trăsături de personalitate, mai ales când trec printr-o simptomatologie severă. Alți subiecți pot simula trăsături de conduită, atunci I.P.D.E. le solicită să dea exemple convingătoare şi descriere. Mai ales în practica medicală obişnuită, un membru al familiei sau un prieten apropiat este solicitat ca sursă adițională de informații pentru a compensa limitele unei metodologii autodescriptive.

I.P.D.E. nu e desemnat să fie folosit pentru subiecți mai tineri de 18 ani, deşi cu unele mici modificări, unii investigatori au demonstrat utilitatea la tineri începând cu 15 ani. Interviul nu este potrivit pentru pacienții foarte agitați sau pentru cei cu depresii majore, psihoze, retard mintal sau deteriorare cognitivă. Folosirea lui la pacienții cu un proces psihotic în remisiune este controversată, pentru că decizia aparține clinicii.

Chiar dacă examinatorul trebuie să realizeze I.P.D.E., cunoscând istoricul psihiatric şi starea actuală a subiectului, trebuie să evite realizarea de cercetări specifice asupra personalității înainte de aplicarea lui. În general, nu e recomandată confruntarea subiectului în timpul interviului cu discrepanțele existente între relatarea sa şi alte informații disponibile.

Referitor la formarea şi calificarea examinatorului, trebuie să ştim că modulul DSM-IV presupune o familiarizare completă cu sistemul de clasificare al tulburărilor mentale DSM-IV şi o experiență şi o formare considerabile în diagnoza psihiatrică.

De curând s-a prezentat versiunea spaniolă cu două module (Lopez-Ibor, 1996). Modulul ICD-10 constă în 67 itemi, iar DSM-IV are 99 itemi, cu o formă semistructurată care presupune existența unor întrebări "ghid" şi indicații pentru a obține detalii şi exemple concrete, înainte de a evidenția prezența şi intensitatea unei trăsături determinante.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. VI. NEUROPSIHOFIZIOLOGIA DEPENDENȚEI DE DROGURI (INCLUSIV ALCOOL)*

Markerii biologici ai alcoolismului sunt acele variabile biologice care evidențiază, cu o mare predicție și validitate, prezența **predispoziției la alcoolism**, numiți și *„markerii trăsăturii"* sau prezența **consumului de alcool**, numiți și *„markerii stări de alcoolism"*. Aceștia din urmă se subîmpart în markerii consumului cronic – markerii de screening – și markerii consumului acut – markerii recăderii. Toți aceștri markeri, care se constituie într-un adevărat "gold standard" pentru diagnosticul alcoolismului, sunt valoroși și pentru urmărirea evoluției, a progreselor din cursul terapiei biologice, psihologice și în evidențierea recăderii.

Metabolismul alcoolului în organismul uman

Deja se știe că alcoolul, odată ingerat, ajunge în stomac, unde începe să fie absorbit. Restul de alcool trece în intestinul subțire, unde este absorbit în circulația sanguină. Absorbția prin stomac este lentă, dar mult mai rapidă în intestinul subțire. Odată absorbit la aceste nivele, alcoolul este transportat spre ficat prin vena aortă. Rata de absorbție a alcoolului depinde de mai mulți factori, printre care cei mai importanți sunt: cantitatea și concentrația alcoolului și cantitatea și compoziția alimentelor din stomac și intestin. De exemplu, prezența

---

* Capitolul redactat cu ajutorul dr. RADU COSTEA, șef lucrări U.M.F „Carol Davila", București, și dr. Mihaela Grimberg, medic primar psihiatru, Spitalul Clinic „Dr. Alexandru Obregia".

BCU CENTRALA UNIVERSITY LIBRARY

proteinelor și a grăsimilor încetinește rata de absorbție a alcoolului de aproximativ 3 ori. La fel, evacuarea rapidă a conținutului intestinal, din varii motive, duce la trecerea alcoolului în intestinul subțire și la absorbția lui cu o viteză mai mare.

Deși este încă subiect de controversă, se consideră că o parte foarte mică de alcool este deja metabolizată în mucoasa stomacului și intestinului subțire, în timpul absorbției totuși, ficatul rămâne principalul loc în care se metabolizează alcoolul. Alcoolul, care nu se metabolizează în mucoasa gastro-intestinală și ficat, trece mai departe în circulația generală prin arterele hepatice și se diluează în lichidele corpului (sânge și lichidele interstițiale). Această cantitate, care trece de ficat, este responsabilă de concentrația sanguină a alcoolului și care este determinată de mărimea cantității de alcool consumată și de starea ficatului, organ care reprezintă prima barieră metabolică.

Absorbția alcoolului prin mucoasa gastro-intestinală reglează într-un mod cantitativ metabolismul alcooului. Astfel, dacă viteza de absorbție este mare și cantitatea care ajunge la ficat este mare și rapidă, această cantitate depășește capacitatea metabolică la prima trecere și atunci apare un vârf de concentrație de alcool în sânge. Din contră, dacă absorbția este lentă, cantitatea care ajunge la ficat este mică și lentă, iar capacitatea metabolică la prima trecere nu este depășită și, în consecință, băutura, la atingerea vârfului concentrației sanguine, este de 30 la 90 minute, în funcție de toți acești factori menționați mai sus.

Alcoolul, care nu a fost metabolizat la prima trecere, ajunge în circulația generală și, de aici, în toate lichidele corpului. Se înțelege ușor că, pe măsură ce volumul lichidelor corpului va fi mai mare, cu atât alcoolul se va dilua mai mult. Astfel, femeile și bătrânii care au o cantitate mai mică de apă corporală sunt pasibili să facă mai mari concentrații sanguine de alcool decât bărbații și tinerii, în general, pentru aceeași cantitate de alcool. Alcoolul nu se dizolvă în țesutul gras și oamenii care au un raport defectuos între masa corporală dată de grăsime și restul țesuturilor sunt mai susceptibili să aibă rapid vârfuri mari de concentrație sanguină de alcool după ingestia lui, lucru care se întâmplă, la fel, la oamenii în vârstă și la femei, aceștia având

proporțional mai multă grăsime și mai puțină apă decât bărbații pentru aceeași greutate corporală.

În ficat, calea principală de metabolizare, atât în cursul trecerii inițiale, când alcoolul este transportat pe cale portală cât și în cazul când alcoolul este transmis prin circulația generală, oxidarea lui se face în aldehida acetică, grație enzimei alcooldehidrogenaza (ADH).

Markerii trebuie să indice *predispoziția* și *probabilitatea* ca un individ să dezvolte alcoolism în viitorul apropiat sau mai îndepărtat. Acest marker indică o trăsătură a individului, o caracteristică genetică, biochimică sau comportamentală care poate fi detectată de-a lungul vieții subiectului și nu numai în perioada când consuma alcool. Acest marker, probabil, este transmis genetic și nu poate fi efectul secundar al consumului de alcool sau alcoolismului.

El poate fi prezent atât în condițiile unui individ abstinent, cât și în condițiile unui individ alcoolic și trebuie să se găsească și la unele rude ale unui astfel de individ. Pentru cei care se mai îndoiesc de contribuția genetică în apariția alcoolismului, amintim că 40% din alcoolici au un părinte alcoolic sau că gemenii monozigoți (monovitelini) prezintă o mai mare predispoziție la alcoolism decât gemenii dizigoți.

Există o largă plajă de alți markeri ai predispoziției la alcoolism, toți exprimând o variabilă transmisă genetic. Printre aceștia menționăm doar: sensibilitatea scăzută a sistemului nervos central la alcool; o scădere a amplitudinii undelor P300 pe electroencefalogramă; o afectare cognitivă relevată în unele domenii, precum memoria de scurtă durată; planificarea, analiza video-spațială și atenția sau chiar o tulburare de atenție bine conturată, tulburări comportamentale și emoționale apărute devreme în viață și organizându-se într-o **tulburare de personalitate**. Subiecții cu structură de personalitate de tip antisocial sunt mai predispuși la alcoolism decât alții, efectele subiective ale alcoolului fiind resimțite mai slab de cei vulnerabili.

Evidența simplă și specifică a unui individ care a consumat recent alcool este obținută prin detectarea alcoolului în sânge, respirație, urină, transpirație, salivă. Testarea în aerul respirat este o probă simplă care se folosește pentru determinări rapide în caz de screening (de exemplu, pentru a detecta șoferii care sunt sub influența

alcoolului). Aceasta este doar o probă calitativă și pentru o evaluare mai exactă este necesar ca, după decelarea alcoolului în respirație, să se procedeze la dozarea lui în sânge. **Dozarea alcoolului în sânge** este o probă cu foarte mare sensibilitate, aproape de 100%. Totuși, doar detecția prezenței alcoolului în sânge nu poate discerne între un consum ocazional de alcool și consumul de durată. Această probă are o valoare considerabilă în justiție. În unele țări, ea se recoltează, de regulă, în camera de gardă a instituțiilor sanitare ori de câte ori un subiect vine pentru un traumatism. Consiliul Național al Alcoolismului și Abuzului de Droguri din SUA recomandă următoarele concentrații de alcool în sânge drept criteriu pentru un diagnostic preliminar de alcoolism:

- Peste 0,1%, în cazul unei examinări de rutină (în multe țări, concentrația sanguină de 0,1%, este un prag legal al intoxicației alcoolice);
- Peste 0,15%, în cazul unui pacient ce nu prezintă semne de intoxicație;
- Peste 0,3%, în orice alt caz.

Dozarea alcolului în urină se face, de obicei, pentru a compara rezultatele cu raporturile subiectului, când acesta participă la un program strict de tratament (psihoterapie) sau pentru urmărirea rezultatului unui tratament medicamentos.

De mare interes este monitorizarea abstinenței și a reluării consumului la pacienții aflați într-un program strict de tratament. S-a observat că pacienții, care în timpul acestor programe sunt supuși la probe de detectare a consumului de alcool, urmează cu strictețe ședințele de terapie, lipsesc mai puțin și recad mai rar. O probă foarte adecvată este determinarea transferinei deficientă în carbohidrați (CDT), ea indicând persoanele abstinente foarte bine.

Putem spune că, nu există modalități infailibile de date clare a consumului cronic de alcool. Pe cât de ușor se poate pune în evidență prezența alcoolului în lichidele corpului, pe atât de greu este să determinăm consumul de alcool de lungă durată. Urmărirea în dinamică a unui marker, mai ales în cursul unui program de tratament și cel puțin 6 luni după încheierea lui, duce la menținerea subiectului în program și la creșterea motivației pentru abstinența de lungă durată, situație similară în intervențiile dependențelor de droguri ilicite.

Tipuri de sevraje

• *Sevrajul spitalicesc, Sevrajul carceral, Sevrajul ambulatoriu*

Folosirea drogului legal reprezintă o greșită obișnuință, deprindere gen "regulă de viață", utilizarea unui drog ilicit însemnând delincvență. Se consideră "toxicomanie" – când folosirea este foarte frecventă, compulsivă, constantă.

Heroina determină foarte rapid dependența care, odată instalată, îl face pe toxicoman să nu poată trăi fără ea.

Sevrajul este una din căile de luptă antidrog, el semnificând privarea bruscă și definitivă de opiacee a unei persoane devenită dependentă. Această metodă este suverană, dacă pacientul tratat nu este total dependent. Foarte des la ieșirea din sevraj, toxicomanul se reîntoarce la drog, având certitudinea că fără el nu poate supraviețui.

Toxicomania reprezintă o boală foarte gravă, neputându-se "rezolva" în absența medicului. Cel mai grav este pericolul de a muri prin supradoză; în 9/10 cazuri, când se moare prin supradoză, este vorba de o ieșire din sevrajul spiralicesc, ambulatoriu sau carceral.

• *Sevrajul spitalicesc*

În cursul spitalizării de 10 zile, se face sevrajul care este durata critică, de lipsă a drogului, oricare ar fi acesta. Primele 10 zile sunt "zile de pace" pentru infirmieri, psihologul fiind cel care ajută toxicomanul. Suferințele lipsei sunt estompate cu ajutorul echipei de terapeuți. Acesta este un sevraj "ideal" care poate fi urmat de o ședere în spital de 6 luni – postcură –, perioadă de convalescență și recuperare. Este eficace în proporție de 1/5 (la 6 luni după aplicare) – unul din cinci fiind salvat. După 6 luni, nimeni nu știe ce se întâmplă, pentru că pacienții sunt scăpați de sub "lupa" specialistului.

• *Sevrajul carceral*

Toxicomanul este stopat ("înțărcat") cu forța, oprit din deprinderile sale – atunci când este în arest, în închisoare. Se presupune oficial că în aceste condiții, rar obțin drogul necesar, nu poate să-și găsească drogul ilicit. Acest sevraj al forțelor de ordine este cel mai periculos, fiind responsabil de majoritatea morților prin supradoză, deoarece corpul lui nu mai este obișnuit și reacția este amplificată. Acest tip de sevraj explică alt tip de toxicomanii – subiectul (pacientul) se îndreaptă spre produse mai ușor de procurat (tranchilizante, alcool). Acest sevraj impus nu suprimă dependența pe care deținutul o neagă, el nu se poate sustrage măsurii de pedeapsă pentru care este în închisoare.

• *Sevrajul ambulatoriu*

Sevrajul ambulatoriu se poate efectua la ..... sub control strict. Se crede că pacientul este mai securizat la el acasă și frecvent este adevărat. În cazul toxicomaniei, este fals raționamentul!

Sevrajul *spitalicesc*, cel *carceral* și *ambulatoriu* reprezintă FORME ALE SEVRAJULUI, de aceea trebuie să fie sub control. Nu se știe cu siguranță dacă sevrajul este de tip pozitiv sau negativ pentru subiect și familia acestuia.

Sevrajul reprezintă o metodă de tratament care are nevoie de medic specialist și nu de homeopați, tratamentul fiind permanent monitorizat de cadre specializate.

Niciodată dragostea din familie nu este suficientă! Chiar existând dovezi de afecțiune, recăderea este frecventă, ca o dovadă că dependența există. Dragostea este adesea insuficientă sau tardiv manifestată față de nevoile toxicomanului, numai cu ea nu se iese învingător, ea trebuie administrată cu grijă în funcție de perioade.

• *Substituția*

Această **metodă de tratament** este diferită de restul tehnicilor. Substituția nu neagă nici dependența, ci o ia în considerație și încearcă să o controleze cât mai bine. Pentru a reuși, se utilizează medicamente

de substituție, adică sunt acelea care înlocuiesc heroina, dar provoacă aproximativ aceleași efecte. Medicamentele de substituție sunt, în mod necesar, din aceeași familie cu opiaceele:

• **Naturale**: morfina, codeina (care, de altfel, este unul din cele 130 de medicamente legale, utilizată pentru combaterea durerilor, diareei, tusei).

• **Sintetice**: subutex sau methadona (buprenorfină).

Sinteticele acestea luate foarte frecvent, pot duce la dependență, în organism se transformă în morfină.

În Franța sunt cunoscute și folosite methadona și subutex, ele putându-se acorda (elibera) rapid toxicomanului. Totuși, methadona poate fi dată doar în cadrul unui program, după o examinare aprofundată a subiectului toxicoman, în care specialiștii nu încetează nici o clipă monitorizarea acestuia.

Program methadonă

I pas: pacientul vine zilnic la program și ia doza. Drumul de la prescriere la eliberarea methadonei este parte integrantă din "Programul" care are ca scop supervizarea pacientului.

Folosirea de subutex sau methadonă nu aduc nimic, dacă în psihicul pacientului nu apar modificări de atitudine cum ar fi credința că te va face sănătos sau regăsire de sine (în sensul modificării stimei de sine.

II pas: este un tratament de lungă durată, nu este ceva "la minut!". Durata tratamentului este, în genere, egală cu cea necesară pentru a ajunge dependent 1 an, de exemplu, de folosința heroinei – 1 an de methadonă. Este nevoie a fi preluat cu grijă și toxicomanului să i se acorde o atenție specială; etapele muncii și psihologului sunt: **prevenire – pedepsire – tratare – asistare.**

Obsedanta întrebare "Câți heroinomani există?" agită spiritele. Recent, în Franța, se credea că la 60 milioane de locuitori sunt circa 160.000 heroinomani.

Vârsta medie a celor care apelează la sergiciile de specialitate este foarte mare față de "puștii" consumatori, ea fiind de 28 ani, ¼ din

cei care se droghează în Paris trăiesc în suburbiile acestuia şi nu în marele oraş, locul fiind populat de emigranţii asiatici, negri, arabi. În Elveţia, nu se cunosc date exacte – la 7,5 milioane de locuitori sunt aproximativ 30.000 de heroinomani.

Tentativele de tratament se fac pentru a-l scoate pe heroinoman din impas; măsurile de represiune sunt ineficiente, iar curele de detoxifiere frecvent apar eşuări, insuccese.

Direcţii acceptate în lupta antigrog, antidependenţă:

1. Evitarea ca alţi tineri să consume;
2. Pedepsirea dealerilor;
3. Acordarea de tratament de specialitate celor care abuzează de droguri;
4. Încercare de susţinere socială, complexă, amplă pe timp îndelungat.

Etapa I: Prevenirea

1. Informarea fiecăruia privind riscurile la care se supun cei care consumă drog prin, de exemplu "Linia verde" de telefon – "Drog info service" – la care se oferă informaţii concrete, pertinente şi, nu în ultimul rând, există o persoană care "să te asculte".

2. Asociaţia "Sănătate pentru tineri" este una din cele care dau adresele unor centre ce oferă continuu informaţii despre tot ceea ce implică consumul de droguri. În acest mod, se realizează şi un schimb de experienţă între centre aparţinând unor zone diferite şi, implicit, realizarea unei baze de date complete privind consumul de droguri.

3. Internetul reprezintă o încercare de "ameliorare a calităţii vieţii fiecăruia". În continuare ne întrebăm: Dacă eşti mulţumit, fericit, nu mai apelezi la drog? Prin serviciul on-line de consiliere, se încearcă determinarea tinerilor să-şi răspundă la o serie de întrebări cum ar fi: "Care sunt atuurile şi competenţele tale?", "Poţi să decizi singur, să ai decizii personale?", "Ai încredere în tine?", "Eşti demn să primeşti iubire?".

Etapa a II-a: Pedepsirea

Se impune urmărirea dealerilor care fac propagandă drogurilor, dar şi a toxicomanilor care implicit duc o campanie pro-consum de drog. Unii toxicomani vând droguri pentru a dispune de sumele necesare cumpărării dozelor proprii, deci devin dealeri, ceea ce atrage şi pedepsirea lor. Există opinii, organisme şi specialişti care nu sunt de acord cu pedepsirea lor, ci doar a celor corupți.

Specialiştii sunt în consens că măsurile de reprimare a drogurilor să fie mai bine centrate, gândite, pentru a depista pe cei care produc şi comercializează drogul şi a celor care domină piața drogurilor.

Etapa a III-a: Tratare

Acordarea de tratamente medicale toxicomanilor, ori de mijloace prin care să nu se infecteze (distribuirea seringilor de unică folosință) reprezintă un segment important al monitorizării consumatorilor de drog. În Elveția, Germania, Belgia, Luxembourg se pun la dispoziția toxicomanilor spații pentru ca ei să fie discret supravegheați, pentru a se elimina riscul de supradoză şi moarte. Aceste spații sunt asociate unor Centre de Consiliere gestionate de profesioniști.

Cura de methadonă prinde teren în ultimii ani, de exemplu în Elveția şi Anglia unde se administrează doar sub control strict medical, pentru a-i scoate din "nebunia" lor, pentru ca ei să se deschidă către societate şi pentru a începe să se gândească la viitor.

Etapa a IV-a: Asistarea – Favorizarea reinserției sociale a toxicomanilor

Un heroinoman care trăieşte în stradă, nu are nici o şansă să iasă din cercul vicios al consumului de drog. Dacă s-a stabilizat şi este asistat în demersurile lui pentru a găsi un loc de muncă, o locuință, şansele sale de a ieşi din lumea drogurilor sunt evidente.

BIBLIOTECA UNIVERSITY LIBRARY

Acest sprijin este esențial, pentru că un toxicoman care a trăit mai mulți ani „de azi pe mâine", nu mai este conștient de regulile rigide ale societății (chiria lunară, ore fixe de serviciu, respectarea unor ..... etc.).

În lipsa acestor norme (chiar rigide), oprobriu, excluderea este din nou brutală. Această politică trebuie dezvoltată puțin câte puțin în Europa, dar, totuși, sunt unii care nu înțeleg că dorința specialiștilor este de a realiza asistență și să-i trateze pe toxicomanii care nu reușesc sau nu vor să abandoneze drogurile.

Pentru aceasta, scepticii induc că toxicomanul are soarta care și-o merită, pentru că asta a căutat. În realitate, problema este mult mai complexă: nu putem abandona bărbații și femeile în pericol, ar fi nedemn pentru o societate umană!

Diminuarea riscurilor de transmitere a hepatitei și HIV (SIDA) la toxicomani ar duce la reducerea numărului de îmbolnăviri din populația generală a unei țări, favorizând reintegrarea socială a toxicomanilor, eliminăm o pare a delincvenței. Sunt unele dovezi de utilizare a macului în diferite civilizații. Există chiar o tăbliță de argilă de 5.000 de ani pe care un sumerian descrie recolta de mac.

Grecii au folosit macul pentru cultul slăvirii unor zei. Mai târziu era folosit drept calmant, antidiareic și somnifer.

Țările Europei sunt conștiente de profiturile lor. Se știe că olandezii, englezii au început dezvoltarea comerțului cu drog, respectiv opium, în acest mod Europa este incitată de a consuma opium. Marea Britanie cultiva mac în colonii, în India, pe care apoi îl vindea Chinei; astfel, se procurau banii necesari expansiunii pe glob. China devine conștientă de pericole și în 1830 guvernul chinez se întreabă: "Trebuie legalizat sau interzis consumul de drog?", răspunsul fiind: interdicția drogului.

Droguri pe piață

Producția de opium este ilegală în toată lumea; dar multe țări permit cultura de mac pentru supraviețuirea a milioane de săraci, uneori departe de marile orașe. Țările producătoare de opium – foarte numeroase în lume (în Asia și fosta URSS) – au constituit un exemplu pentru Europa de est, unde a început producția și comercializarea nu

numai a opiumului, dar și a heroinei. În America de Sud, cultura macului a crescut enorm pentru a asigura cererea de pe piețele nord-americane. Heroina este produsă și traficată, dar este apanajul unor lanțuri de organizații mafiote: *America – Italia, Rusia – China – America de Sud.*

Traficul este realizat așa de bine încît nu este posibilă arestarea capilor mafiei – unii dintre ei sunt cunoscuți, dar de fiecare dată probele concrete lipsesc.

Anchetatorii reușesc, uneori, să anihileze o rețea, dar arestarea unei persoane din vârful ierarhiei este extrem de rară.

Cocaină – Modă sau snobism?

Cocaina îi fascinează pe unii: cu ea unii visează să fie strălucitori, le dă energie, excitații, suprimă oboseala, îi ajută să depășească stresul și să obțină performanțe. Rezultă din prezentarea simptomelor anterioare că ea răspunde exigențelor societății moderne. Dar, trebuie să fim foarte atenți la consecințe. Se pot trăi momente de agitație extremă, urmate sau nu de perioade de panică, angoasă, în care se pot ivi idei de persecuție sau urmărire.

În anumite medii există tendința de a crede că a consuma "coke" e ceva banal (artiști, negociatorii etc.). Din snobism povestesc ce fac ei ocazional – "se cred la modă". Acest tip de consum există de aproximativ un secol. Un consumator, chiar ocazional, poate deveni dependent, dar nu știe. Se începe cu prize și se ajunge la injectare în brațe, sute de doze injectate intravenos. Unii consumatori de cocaină sunt toxicomani, ei recurg alternativ la cocaină și la alte droguri, de exemplu: heroina, barbituricele, alcoolul. Unii caută să scape de excitația cocainei și iau barbiturice; alteori vor să mascheze efectele anesteziante ale heroinei sau ale medicamentelor, stimulându-se prin folosirea cocainei pentru a-și regăsi "ascuțimea spiritului", dar au halucinații, delir paranoic (se cred că știu "să zboare", "sunt urmăriți" etc.).

Cocaina nu creează dependență fzică, ci doar psihică, contrar heroinei. Dacă nu o are la dispoziție, nu suferă fizic, dar subiectul nostru este obsedat de ideea de a regăsi drogul. Consumatorii ocazionali au sentimentul de disconfort dacă nu au drogul, la fel ca fumătorii care nu mai au țigări. Alții, după câteva săptămâni, devin

dependenţi, manifestând anxietate, sunt cuprinşi de panică atunci când nu îşi satisfac nevoia şi pot face orice pentru a procura o doză. Ei nu mai prizează pentru a le fi bine, ci pentru a nu le mai fi rău! În lipsa drogului tremură, îi dor oasele etc., ei ajungând la 1 doză/oră sau chiar la 20 de injecţii/zi. Chiar o cantitate mare de cocaină nu le mai dă euforie, ei devin deprimaţi şi intră într-un cerc vicios, unde odată intraţi renunţă la tot: pasiuni, familie, prieteni, mamele îşi pot abandona copiii sugari. Singurul lor gând este de a lua din nou drog, indiferent de consecinţe. Această dorinţă este cu atât mai puternică, cu cât ei îşi aduc aminte de primele "flash-uri" (momente de plăcere indiscutabilă care contrastează puternic cu momentele pe care le trăiesc când nu iau nimic). Când un consumator cronic este dependent, i se întâmplă să se injecteze şi imediat vrea altă doză, ca şi când nu s-ar fi injectat! Aceasta este greu de trăit pentru el; în rest, este complet lucid şi îşi dă seama ce face. În această tentativă disperată de a scăpa de deprimare face orice injecţie şi şansa este foarte mare de a lua hepatită sau HIV (SIDA).

Supradoza de cocaină determină dureri de cap insuportabile, greţuri, convulsii. Aceste manifestări fiziologice sunt acompaniate de anxietate, pierderea cunoştinţei. Moartea poate surveni în 3-30 de minute de când a luat cocaină. Doza letală variază în funcţie de persoană şi situaţie.

Trebuie acţionat foarte repede când sunt probleme – departe de trafic, de maşini – pacientul trebuie să stea pe o parte, să nu se sufoce, să stea calm, să cheme salvarea specializată.

În Franţa, crack ("pietricică") este de calitate medie. A apărut aproximativ în 1980 în Marea Britanie, Franţa şi alte ţări europene. Este pur şi simplu cocaină. Acest drog se fumează! Au crezut mulţi că este puţin nociv, l-au testat şi le-a plăcut, de asemenea preţul mic îl face accesibil. Dependenţa psihică este rapidă şi puternică, chiar de la o primă doză este suficient pentru a deveni dependent. Iluzia fericirii este de scurtă durată, câteva momente. Cum efectul "flash"-ului durează doar câteva momente, dependenţa psihică este rapidă şi puternică, consumatorul se trezeşte într-o stare de stres infernal şi un rău general intens. Imediat ce termină de fumat "pietricica", practica ne arată că frecvent consumatorul devine dependent şi porneşte să caute alta şi alta, ajungând la 40 doze/zi.

Cap. VII. GAMBLING – JUCĂTORUL PATOLOGIC

Etiopatogenie: tranziția la practica ludică; de la normalitate la patologie

Jocurile de noroc alături de alcool, tutun și drogurile ilegale tind să ajungă o serioasă problemă în societatea contemporană. Aceasta, întrucât la toate cele enumerate, trecerea de la nevoie și plăcere la dependență este relativ ușor de realizat. Reliefăm elemente ale structurii de personalitate la cel care practică jocuri de noroc, frizând domeniul patologicului.

Factorii interni, proprii jucătorului

1. Factorul principal este acceptat ca global ***personalitatea,*** *mai concret* ***vulnerabilitatea,*** *de origine genetică sau dobândită, în fața instinctelor, ca ambiție, căutare de emoții, gust pentru risc, toleranța scăzută la frustrare și la plictiseală.*

Din dorința de a explica mecanismul prin care personalitatea poate să conducă la pofta de joc, s-au emis diferite **ipoteze**, unele **biologice** și altele **psihologice**.

• *Teoriile biologice*, de inspirație genetică, susțin că jocul patologic este subordonat rădăcinilor genetice ale personalității, relaționate bine cu o disfuncție neurofiziologică la nivelul activității cerebrale. Teoria biologică, susțin Jacobs (1986), Brown (1986) și alții, asemenea cu "**Sindromul de deficit al sistemului de recompense**" activează **conduite de căutare a plăcerii** prin consumul de droguri sau activități determinante. Pentru

unii autori – Roy (1988), Sunderwith (1991) –, acestui sindrom îi corespunde un *deficit noradrenalinic*; alții (Moreno, 1991; Rosel 1998) spun că este vorba de un *deficit de serotonină*, iar Sunderwith și Milkman (1991), Bergh (1997) vorbesc de un **deficit de dopamină**. Autori, cum ar fi, Blum (1995) și Perez de Castro (1997) cred că au descoperit motivul în forma de **alterare genetică**, respectiv a *genelor relaționate cu receptorii D1, D2 și D4 ai dopaminei.*

• *Teoriile psihologice* se subdivid în două orientări mai importante.

Teoriile psihanalitice susțin că jocul de noroc patologic este o **formă de autopedeapsă** pentru *vinovății subiective nerezolvate* sau un comportament imatur, infantil, ca o încercare de a compensa o **frustrare instinctivă** sau de prelungire/reținere a **satisfacțiilor primare autoerotice, agresive** etc. Pe de altă parte, **teoriile comportamentaliste** susțin că jocul patologic este rezultatul unui **proces de învățare** consolidat prin **întăriri pozitive succesive** (ușurare de tensiune, câștig de bani), chiar dacă sunt *intermitente.*

• *Stările emoționale* sau de stres ale subiectului, cum ar fi depresia, anxietatea, singurătatea, plictiseala, disperarea, apăsarea, decepția, concurența altor dependențe etc., pot fi și ele, după Kuley și Jabocs (1988), *factori declanșatori*, dacă nu determinanți ai jocului patologic.

2. Referitor la *procesele psihodinamice* care generează, mențin și modulează conduita jucătorului, s-a afirmat deja, că jucătorul se convertește într-un fel de păpușă supusă instinctelor și structurii sale de gândire, pentru care renunță la diverse seturi de motive sau motivații.

• *Pulsiunea de putere* se descoperă în motivațiile înrudite cu dorința de a achiziționa ușor banii în mod nemeritat și cu dorința de a gusta propria superioritate în fața forțelor norocului, în fața destinului; este ceea ce frecvent experimentează jucătorul cu atâta convingere, încât îi permite să observe în el un optimism irațional, dar invincibil și pentru că se simte cel mai bun jucător sau cunoscător al secretelor norocului.

Este evident că, acest sentiment întăritor al obișnuinței devine, la rândul său, un **întăritor pozitiv** pentru eventualele jocuri câștigate sau pentru simpla fantezie iluzorie de a câștiga, care îi oferă jucătorului ceea ce Norman Maler a numit "exaltarea măreață a jucătorului care câștigă, care se simte atins de Zei". Este trufia care

rezultă, deoarece jucătorul numără numai câștigurile, nu și nereușitele, asemenea vracilor, prevăzătorilor sau politicienilor. De fapt, jucătorul niciodată nu se căiește când câștigă sau când are speranța de câștig, ci numai când a pierdut.

Pentru Milt, jucătorul este o persoană cu o **autoestimă scăzută** și cu o *capacitate limitată de a înfrunta realitatea și de a se adapta la ea, dar cu mare dorință de succes*, de glorie și bogăție, cu vise și fantezii de măreție, pe care ar fi incapabil să le realizeze în lipsa unor abilități sau a unor trăsături adecvate pentru a înfăptui.

• *Pulsiunea de viață*, sau cum o descrie Zuckerman (1979), *căutarea de senzații*, se manifestă în cazurile în care jucătorul se refugiază în plăcerea depravată pentru propria excitație a riscului, ca **mecanism de compensație**, mai mult în jocurile de abilități, față de stările precedente de insuficiență a trăirilor (lipsa de afectivitate, sărăcire emoțională), de intoleranța la plictiseală și mai ales de hipotonie. De fapt, jocul oferă iluzia celui care, dacă n-ar exista, *ar fi mort din punct de vedere psihologic* ("mort în viață") și, de aceea, se poate spune că jocul de noroc este o cale ciudată și săracă, chiar dacă subiectiv este eficace, pe care unii o utilizează pentru a face față unei realități insuportabile.

Este adevărat că, iluziile oferă jocului de noroc caracteristici de o anumită calitate infantilă și contribuie la monopolizarea persoanelor imature. Acest lucru se evidențiază cel mai bine în cazul mașinuțelor cu monede, care se bazează în principal pe luminile de culori diferite, pe sunetele de la mașinile care încasează banii, care îi dau senzația jucătorului că scoate bani, cum afirma Cristina Peri Rossi (1992), asemenea unui copil care se minunează când iese un iepure dintr-o pălărie care are culori diferite.

• *Pulsiunea agresivă* admite două variante, potrivit direcției sale:

Agresivitatea și dorința de răzbunare sunt scoase în evidență de diverși autori. Seager (1970) consideră că jucătorul patologic este, în general, puțin asertiv, care tinde să evite situațiile conflictuale sau să nu reacționeze la ele, își interiorizează gândurile și emoțiile, dar le poate exterioriza în timpul jocului. Lindner (1958), Galdston (1968) și Reik (1942) s-au gândit la preexistența unei serii de conflicte

nesoluționate cu figurile paterne, care rămân reprimate la nivel inconştient şi care acționează ca facilitatori ai conduitei de joc. Moravec şi Mundley (1983) au observat că jucătorul se caracterizează printr-un nivel înalt al activității, semnalat de MMPI, dar şi un nivel scăzut al Scalei Depresie şi al Scalei de Deviație Psihopată.

• *Masochismul* sau autoagresivitatea este una din direcțiile cele mai frecvente de interpretare, referitoare la neîntrerupta suferință "căutată", care ascunde în sine necesitatea sau dependența de a sfida destinul, cu speranța iluzorie că va veni şi timpul potrivit, care pare să indice că jucătorul se alimentează ca o "lipitoare" cu plăcerea masochistă pe care i-o oferă incertitudinea. Bergler (1955) consideră că în jucătorul patologic există o **dorință inconştientă de a pierde**, ca un reflex al unei **necesități de autopedepsire** pentru sentimente de vină reprimate. Bergler mai face şi următoarele aserțiuni:

• jucătorul căuta în mod obişnuit norocul, dar se supune jocului, în ciuda tuturor celorlalte interese;

• jucătorul nu învață niciodată dintr-o înfrângere, nici nu învață când să se oprească atunci când câştigă;

• jucătorul, în ciuda prudenței inițiale, riscă în final prea mult, experimentând un amestec de plăcere şi tensiune dureroasă pentru că adesea pierde.

• *Pulsiunea sexuală* se descoperă ca motiv al jocului, în acele cazuri în care jocul presupune o compensație sub formă de excitație sexuală mai mult sau mai puțin aparte. Referitor la această funcție a satisfacției sexuale, trebuie să nuanțăm că jocul nu este o alternativă aleasă în mod conştient față de activitatea sexuală; dar, poate fi o supapă de scăpare pentru o sexualitate frustrată în forma sa normală. Jocul, în sens patologic, ar fi un substitut camuflat al masturbării, originală şi susținută de frustrații infantile.

Componența sexuală care ascunde în sine jocul de noroc se manifestă, de asemenea, în atitudinile jucătorului față de joc, atunci când îl practică, asemenea masturbării, ca un viciu solitar e inconfesabil, un secret pentru sine însuşi.

Oricum, există în jocul de noroc acea energie de care încă vorbea Freud ceva de tip libidinal, aproape mistic.

• *Pulsiunea trancedentală* se manifestă în relațiile mistico-religioase, care frecvent se întrevăd în jucător, pornind de la baza că norocul este al iraționalității și misterului, dar și al credinței. Pentru un jucător vocațional, casino-ul e un templu al norocului, unde pasiunea de a câștiga și cea de a descifra destinul înlocuiesc rugăciunea, unde norocul e una din formele alternative de a-l vedea pe Dumnezeu.

Factorii ambientali, socio-culturali, conjuncturali sau externi

Presiunea socială pentru consumul de jocuri (oferta socială de jocuri), care în Spania e cea mai variată din toată Europa, este în realitate expresia erei de consum în care trăim, făcând din jucători niște **consumatori de emoții** (ambiție, excitație, evadare), pe de altă parte, alte consumuri sociale semnificative, cum ar fi televiziunea, calculatoarele și jocurile video care predispun, precedă sau coexistă cu jocul de noroc.

• *Existența anterioară a jucătorilor* sau a persoanelor cu dependențe patologice (alcool) în familie și educația care ulterior favorizează deprinderea.

• *Incongruența disciplinei în familie.*

• *Ruptura precoce a conviețuirii* din cauza pierderii părinților (moarte, separare, abandon etc.).

• *Disponibilitatea de bani recent obținuți și de timp liber.*

Odată generat și repetat consumul de joc, dependența devine prosperă și se perpetuează prin concurența mecanismelor derivate de propria dependență, constituindu-se, după cum este de părere Van Dijk (1971), **cercurile vicioase ale dependenței**, între care se poate distinge:

a) din punct de vedere **psihologic**
- Frustrarea de recidivă (care se potolește cu o nouă recidivă);
- Pierderi progresive de bani (care invită la joc pentru a încerca recuperarea lor);
- Achiziția "identității de jucător", care induce perpetuarea rolului.

b) din punct de vedere **socio-ambiental**
- Stimulii ambientali ai jocului (muzica mașinăriilor, sunetul monedelor, semnalele luminoase) care conțin proprietăți, incitatori pentru mecanismul asociativ sau pentru reflexele condiționate;
- Anturajul.

c) din punct de vedere **fiziologic**

- Mecanismul de execuție a conduitei (McConaghy, Armstrong, Blaszynsky și Allock, 1988) se stabilește în creier prin obișnuință, pornind de la stimulii ambientali (trecerea prin fața unui loc unde sunt jocuri), pentru a obliga subiectul să termine conduita pe care a inițiat-o;
- Mecanismul toxic care, în acest caz, este endotoxic și este generat de fenomenele de toleranță și abstinență, de endorfine și neuromodulatori.

Profilul psihologic al jucătorului patologic (al jucătorului de jocuri de noroc)

În prezent, alcătuirea unui profil al personalității jucătorului patologic este dificil de realizat, dar vom prezenta și comenta totuși câteva "**ingrediente**".

I. În **plan afectiv-instinctiv (impulsiv)**, s-a arătat că jucătorul patologic este o persoană puternic dotată, dar, în același timp, care nu poate să-și controleze impulsurile.

Pe de altă parte, s-a demonstrat că participarea la jocuri de noroc modifică sau, mai bine spus, în general **mărește nivelul de activare neurofiziologică a creierului**, mediază eliberarea de substanțe ca **serotonina** sau ca opiaceele endogene (**endorfine**), după cum afirmă cercetători ca Blaszczynsk (1986). Acesta ne-a făcut să ne gândim că ludopatul suferă de o carență la nivelul corespunzător activării S.N.C., pe care încearcă *s-o compenseze probabil cu jocul*, după cum susțin în manieră științifică Leary și Dickerson (1985), Brown (1986), Coulombe (1991) și alții.

În definitiv, ludopatul *se simte capabil de a realiza conduitele care umplu o stare de vid, de hipotonie* sau de *insatisfacție instinctivă* prin intermediul obținerii facile de *senzații compensatorii*. În concluzie, este "un căutător de senzații" (Zuckerman), căutarea de senzații fiind un construct afectiv-instinctiv, probabil de natură **biologică**, chiar și genetică, integrat de mai mulți **factori psihici**, care sunt: **plăcerea riscului, căutarea acțiunii, dezinhibarea, susceptibilitatea la plictiseală**.

Consecința eșecului ludopatului de-a lungul timpului în dorința sa de a învinge este starea sufletească **anxios-depresivă** – iritabilă, consecutivă cronicizării acestor fenomene, DISTIMIA care este tonalitatea afectivă concordantă cu procesul gambling.

II. Referitor la **stilul trăirii cognitiv-afective**, jucătorul patologic are un model de gândire de **tip magic-fantastic**, poate ca o *consecință a incompetenței conducerii mature a realității și a frustrărilor care optează pentru a da curs dorințelor nemăsurate și ambițiilor înclinate spre fantezie* (care include miturile și superstițiile). Poate acest model de gândire, așa cum susțin Carney și Cummings (1985), este cel care, aplicat jocului de noroc, permite diferențierea specială a jucătorului **patologic** de cel **ocazional**.

Una dintre cele mai distincte caracteristici ale jucătorului este capacitatea sa ideoplastică de a se supune tendințelor hedoniste fără să treacă prin filtrul cenzurii raționale, care pentru el este **unica realitate**. Din punct de vedere epistemologic, jucătorul dobândește și își dezvoltă gândul pornind de la o sursă internă, subiectivă de informație. Dorințele sale nestăpânite de fericire sunt **condiționate**, în sens neuropsihofiziologic, în așa fel încât sunt convertite într-un "**organ executor de fantezii**". În același sens vorbea și Freud de "**omnipotența dorinței**", când principiul plăcerii predomină asupra principiului realității. Din acest motiv, s-ar putea afirma despre jucător că e persoana ale cărei dorințe transformă **gândirea în înșelăciune**. Și aceste înșelăciuni, odată instalate în mintea sa, sunt adoptate ca "parapeți defensivi" (modalități personale de apărare) în fața Supraeului.

1. Miturile privind jucătorul patologic (jocuri de noroc)

a. Negarea realității consumului excesiv de joc, în virtutea căruia jucătorul susține că este normal să joci și neagă orice insinuare că ar fi întrecut măsura.

b. Subiectivizarea rezultatului, care admite de regulă câteva mecanisme posibile ale **distorsiunii perceptive** sau **interpretative**:

- **"Iluzia de control" asupra rezultatului jocului de noroc**, cea care îl face să creadă că poate să dezvolte strategii (observație secvențială și altele) prin intermediul cărora ar fi capabil **să manipuleze, să influențeze** sau măcar **să aibă încredere în rezultatul final al pariului.**
- O altă situație este în cazul în care iluzia de control îl face pe ludopat să-și **supraestimeze posibilitățile de reușită** în virtutea mecanismului de **contaminare subiectivă a logicii** sau ceea ce s-ar putea numi **"logica plăcerii sau poftei"** prin explicații la genul: „de mult timp nu am avut noroc", „trebuie să-mi vină norocul", „sunt într-o fază bună de joc/noroc", „trebuie să profit de șansă"). Pentru unii autori (Griffiths, 1990; Ladouceur, 1991; Ochoa și Labrador, 1994), aceasta este caracteristica **psihologică specifică a jucătorului de noroc** și cea mai **discriminativă față de alte modalități ale jocului nepatologic.**
- **Negarea realității rezultatului (eșecuri și dependență)**, potrivit căreia, chiar dacă își admite excesele, **jucătorul se laudă**, pe de o parte, că poate conta pe o **balanță pozitivă în favoarea sa**, mulțumită abilității sale de a se salva, de a scăpa (așa cum punctează Wagenaar, 1988), până la legile de probabilitate ale norocului, minimalizând eșecurile sau convertindu-le în cvasi-reușite și supravalorizând triumfurile. Pe de altă parte, el are **iluzia că poate controla voluntar, excluzând ideea de dependență sau sclavie.**
- **Interpretarea autoreferențială sau atribuirea rezultatului**, în virtutea căreia ludopatul se simte atât de stăpân pe succesul său în confruntarea cu norocul atunci când câștigă, pe cât se simte ca victimă, sau responsabil de eșecuri când pierde.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

c. Fanteziile referitoare la controlul său și la soluția sa, în virtutea cărora, **admițându-și dependența**, pretinde că poate să o învingă singur, fără ajutorul forțelor exterioare și abandonează prematur disciplina terapeutică din cauza "iluziei de control".

d. Fanteziile referitoare la gradul și evoluția sa, în virtutea cărora mecanismul jucătorului, chiar recunoscându-și dependența și admițând tratamentul, **minimalizează gradul patimei sale**.

2. Superstițiile

Superstiția este o credință devenită magică, dar fără fundamentare rațională, și care tinde să **modifice vizibil conduita personală** prin intermediul acțiunilor și omisiunilor prin care se încearcă obținerea unui "bine" sau evitarea unui "rău".

III. **Personalitatea în ansamblu.** S-au făcut multe studii cu ajutorul chestionarelor, ca MMPI (Adkins și alții, 1987), dar care nu au avut rezultate prea concludente.

Prin investigațiile noastre cu **16PF**, nu am reușit să stabilim categoric un tip unic de personalitate (**personalitate premorbidă**), dar am constatat totuși unele **tendințe psihoafective**, dintre care cele mai semnificative sunt:

1. *tendința schizotipală și izolarea socială, **caracterul retras**, deși deschis spre superficial,*
2. *forța **scăzută a Eului**, instabilitatea emoțională, impresionabilitatea, imaturitatea,*
3. *tendința spre supunere, liniștit, docil, ușor de manipulat,*
4. *vicleniе, tendința de a fi o "mașină de calculat", monden, curtenitor*
5. *temător, nesigur, îngrijorat și cu tendințe de cuplabilizare,*
6. *tensionat, supraexcitat, iritabil,*
7. *tendința spre anxietate și depresie.*

Profilul social al ludopatului – Încercare de abordare de la empiric la raţional

Caracteristici socio-demografice ale lotului examinat

1. *Sex*
   - 83% bărbaţi, 17% femei
2. *Vârstă*
   - vârsta medie: 39,5 ani
   - cazuri între 9 şi 73 de ani
   - cele mai frecvente intervale de vârstă:
     – 31-40 ani (28%)
     – 41-50 ani (26%)
     şi 21-30 ani (16%)

Se apreciază că, nici o vârstă nu poate fi considerată IMUNĂ ÎN FAŢA JOCULUI DE NOROC şi nici în faţa **mecanismului de evoluţie patologică.**

3. *Starea civilă*
   - 62% căsătoriţi, 25% celibatari, 11% divorţaţi, separaţi
4. *Profesie*
   - 38% muncitori calificaţi
   - 28% muncitori necalificaţi
   - 11% gospodine
   - 9% pensionari
   - 8% funcţionari de nivel mediu, liber profesionişti, directori de firme
   - 6% studenţi, elevi

Se observă că, nu există profesie imună la tendinţa ludopată sau la evoluţia ei.

5. *Nivel de studii*
   - 55% studii primare, 19% studii medii, 4% studii superioare
6. *Poziţia în fratrie*
   - 23% cel mai mic dintre fraţi
   - 19% cel mai mare dintre fraţi
   - 19% al doilea copil

BCU IAȘI "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

7. *Numărul de copii*
   - 28% fără copii
   - 27% cu doi copii
   - 18% cu trei copii
8. *Antecedente familiale ale consumului (de la ocazional la patologic)*
   - 77% cu antecedente în familie
   - 23% fără antecedente în familie

Tratamentul psihologic:

1. Tehnici de modificare a conduitei

Acest tip de tratament include:

a. tehnici aversive (șocuri electrice);
b. tehnici care să reducă anxietatea:
   - *desensibilizarea imaginată* – are ca obiectiv controlul anxietății în situații imaginate relaționate cu jocul,
   - *relaxarea*
c. tehnici de control al stimulilor:
   - sunt utile în fazele inițiale ale tratamentului
   - obiectivul lor este de a face cât mai dificilă posibilitatea de a juca, de a participa la jocurile de noroc, printr-un control strict al banilor, prin evitarea tuturor situațiilor pe care ludopatul le asociază cu jocul
d. tehnici de expunere in vivo cu prevenirea răspunsului

2. Terapia cognitivă

În cazul jocului patologic s-a încercat explicarea începutului și menținerii tulburării, ca o consecință a unor variabile cognitive (iluzia de control, distorsiuni cognitive). Au fost semnalate mai multe erori cognitive la ludopați cum ar fi: superstițiile, realizarea unor comportamente specifice etc. Aceste **erori cognitive** îi fac pe mulți jucători să creadă că în realitate ei nu sunt bolnavi, ci doar au **ghinion** sau au nevoie de o sumă mai mare de bani pentru a se reabilita.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Obiectivul terapeutic: Abstinența versus jocul controlat

Variante:
1. abstinența totală,
2. diminuarea semnificativă a jocului și o conduită controlată a jocului:
   - obiectiv apreciat ca fiind mai realist,
   - facilitează colaborarea pacientului,
   - poate reduce numărul crescut de abandonuri (familiale, profesionale).

Recidiva

Aceasta se relaționează cu dorința de a juca, provocată de stimuli externi sau interni (cognitivi), care anterior au fost asociați cu realizarea conduitei ludice. Alți factori care pot favoriza recidiva sunt: stările emoționale negative, conflictele interpersonale, dorința de a proba capacitatea de autocontrol și stresul psihosocial.

Aspectele cele mai importante de care trebuie să se țină seama sunt:

1. informarea deschisă asupra **riscului de recidive**, ca parte a evoluției naturale a tulburării;
   - Dacă nu se face această informare, pacientul are o recidivă care poate interpreta această situație ca un eșec personal și astfel să abandoneze tratamentul.
2. ajutarea pacientului să identifice **situațiile cu risc înalt** care ar favoriza o recidivă;
3. învățarea unor **strategii** care pot fi aplicate în situații de risc sau în situații problematice – tehnici care să reducă anxietatea, autocontrol, restructurare cognitivă;
4. stimularea pacientului pentru a realiza **schimbări în stilul său de viață**, în măsura în care obișnuințele sale favorizează recidivele;
5. inducerea în psihismul jucătorului a ideii că o recidivă poate avea loc în orice moment al evoluției, chiar dacă au trecut câțiva ani;
6. când are loc o recidivă, trebuie să se "profite" de ea ca element terapeutic și să fie convertită în folosul pacientului prin analizarea circumstanțelor

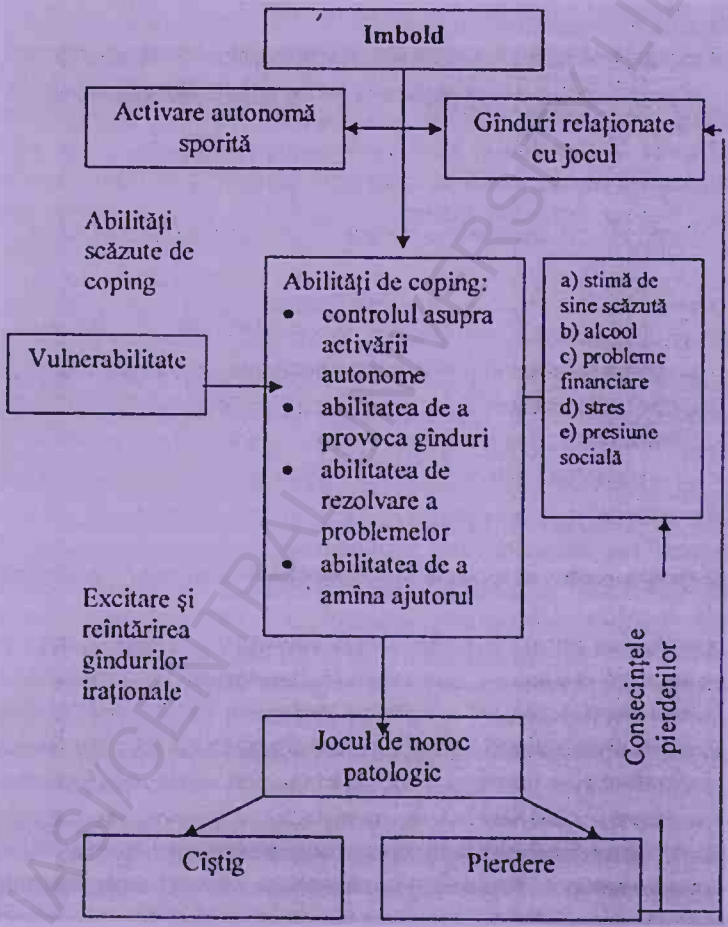
BCU IASI - MEDICAL UNIVERSITY LIBRARY

în care s-a produs concomitent cu învățarea strategiilor care să-i permită în viitor confruntarea cu aceste situații.

Modelul cognitiv-comportamental

Există multe modele pentru a explica natura jocului patologic. **Sharpe & Tarrier (2000)** au propus recent un model pentru explicarea dezvoltării și menținerii acestei probleme. Acest model îi poate ajuta pe clinicieni să abordeze problema jocului de noroc și poate inspira cercetări viitoare. Modelul ia în considerare relațiile dintre factorii psihologici, cognitivi și comportamentali, care contribuie la dezvoltarea și menținerea comportamentului de jucător patologic.

Din punct de vedere fiziologic, jocul sporește activarea autonomă (bătăile inimii, activitatea electrodermală), care e trăită de jucător ca o excitare. Excitarea, în combinație cu banii – atunci când acesta câștigă –, îl încurajează pe individ să continue jocul. Cu timpul, MEDIUL CARE ÎNSOȚEȘTE JOCUL DEVINE ASOCIAT CU STAREA DE EXCITARE. Gândurile relaționate cu jocul (ex. "Asta e ziua mea norocoasă", "Astăzi am pierdut, dar mâine voi recupera") se dezvoltă când acționează spre încurajarea participării la viitoarele jocuri. Un jucător care a pierdut, a învățat să se aștepte la unele pierderi. Gândurile relaționate cu jocul se concentrează pe credința că individul este foarte aproape de câștig. Sharpe & Tarrier cred că "diferența între cei care se controlează și cei care își pierd controlul asupra jocului constă în abilitățile lor diferite de coping". Aceasta înseamnă că un individ cu abilități slabe de coping este mai vulnerabil în fața problemei jocului. Această **vulnerabilitate** poate fi conjuncturală (ex. eșecul în învățarea tehnicilor de coping) sau *biologică* sau *amândouă*. În plus, anumite situații (ex. stresul, abuzul de substanțe) pot împiedica un individ să-și utilizeze abilitățile de coping de care dispune, fapt care sporește probabilitatea ca acesta să joace din nou.



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. VIII. CONSUMATORUL DE DROG DIN ROMÂNIA ȘI PARTICULARITĂȚI REGIONALE

8.1. Traficul și consumul de droguri în România

Traficul de droguri de pe teritoriul României datează încă dinaintea Revoluției din decembrie 1989, când, deși exista un control foarte sever la frontiere, iar străinii care intrau în țară erau atent supravegheați, au fost depistate 187 de cazuri de trafic de droguri. Între 1990-1998, numărul traficanților depistați a crescut la 460 de cazuri, poliția confiscând peste 21 de tone de droguri ce urmau să intre în țară.

Drogurile în România – Un fenomen care ia amploare

În ultimele decenii, fenomenul consumului de droguri a luat o amploare fără precedent în România. În țară erau înregistrate, în 2000, în evidențele instituțiilor de specialitate, peste 10 mii de persoane care se drogau, iar 90% dintre cei care foloseau **droguri injectabile** aveau vârste cuprinse între 15 și 30 de ani. În ultimii 5 ani, numărul liceenilor bucureșteni care consumă droguri s-a dublat. A început să crească, de asemenea, numărul deceselor provocate de supradoze.

Centre antidrog există în prezent în cele 6 sectoare ale Bucureștiului și în țară în toate județele României. Pentru a asigura finanțarea primară a programului, Guvernul a alocat la început suma de 5 miliarde de lei, bani care au fost folosiți aproape integral pentru dotarea centrelor antidrog, acolo unde s-au putut găsi sedii pentru ele. Spre

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

deosebire de alte țări europene, România are doar câteva clinici de detoxifiere și doar una singură de post-cură pentru toxicodependenți.

Heroina produsă în Afganistan și în țările Asiei Centrale ajunge în România prin Moldova și Ucraina. Până în 1995, acest drog era imediat expediat prin Ungaria și Slovacia în țările Europei Occidentale, mai ales în Austria, Italia, Germania și Olanda. Dar, din țară de tranzit, România s-a transformat în "cel mai mare depozit de droguri din Europa de Est". Drogurile, odată intrate în România, pot să aștepte și un an înainte de a fi reexpediate în străinătate, deoarece țara noastră este considerată *un loc sigur de depozitare*. Poliția nu a reușit niciodată să aresteze capii rețelelor care s-ar afla în afara țării, ci doar "curieri" sau pe cei care supraveghează transportul. România prezintă asemenea avantaje pentru traficanți, încât ei au început, de câțiva ani, să instaleze aici fabrici de heroină. În 1995, Poliția a capturat mai întâi din mâinile organizațiilor criminale derivate chimice primare, iar în 1996 au fost descoperite încă două laboratoare.

Potrivit Poliției, numărul infracțiunilor de trafic de droguri a crescut alarmant din 1990. Aproape 6 tone de droguri au fost capturate în 1996, în principal derivate ale cannabisului, dar și aproape 150 kg de cocaină și 62 kg de heroină (la care trebuie să se adauge mai mult de 300 kg din acest drog capturate de vameșii unguri de partea cealaltă a frontierei). Haşişul provenind din Africa de Est, marijuana nigeriană și cocaină din Columbia, Venezuela și Brazilia tranzitează România.

Potrivit Serviciului Român de Informații, 60% din drogurile care intră în România provin din Turcia. Cea mai importantă captură de heroină (42 kg) a avut loc în decembrie 1996 și s-a efectuat asupra unui autocar turc. Drogul, ascuns în spații special amenajate, era ambalat sub formă de săculeți de 500 de grame. Menționăm că în prezent acțiuni concertate ale diverselor instituții abilitate, cu specialiști autohtoni au din ce în ce mai multe reușite în activitatea lor de depistare a drogurilor – fapt ce poate constitui un pas important în tentativa de estompare a consumului mai ales în rândul tinerilor.

Consumul de droguri în România

Autoritățile internaționale au considerat țara noastră, din 1990 până nu demult, ca fiind doar o **placă turnantă** a traficului de stupefiante spre Occident. De asemenea, ani la rând, Poliția, autoritate cu îndatoriri pe linia combaterii fenomenului proliferării drogurilor, a minimalizat inițial pericolul existenței și multiplicării flagelului. "România este doar o țară de tranzit" – se declara la nivelul Poliției Române. Se considera că rețelele de traficanți nu vor găsi un teren propice activității lor în România, fapt infirmat din nefericire de realitate.

În ultimii ani, în spitalele din București au fost spitalizați sute de consumatori de droguri. Pe lângă aceștia, există foarte mulți utilizatori ocazionali dar cei mai mulți sunt neînregistrați. Cei care folosesc cel mai mult drogurile sunt prostituatele, unii tineri, elevi din anumite licee. După un studiu al Ministerului Sănătății, *media de vârstă a consumatorilor de droguri* era de **24 de ani**. Cei mai mulți, 89%, sunt bărbați. Drogul cel mai des folosit este heroina injectabilă. Distribuitorii de droguri sunt, în general, și consumatori. Ei ajung în această postură pentru a câștiga banii necesari procurării drogurilor.

S-a constatat că în București există mai multe zone, unde s-au concentrat adevăratele rețele de distribuție a unor cantități de stupefiante, care atrag un număr mare de consumatori, în special tineri.

Potrivit statisticilor oficiale, în prezent, în București există aproximativ 24.000 de consumatori de droguri. Majoritatea sunt tineri, care consumă mai ales heroina și cocaina, dar și droguri sintetice. În ultimii ani drogurile au pătruns în facultăți și licee. Pliculețele cu "zăpadă albă" se vând la Grozăvești, în Regie, în baruri și discoteci, dar și în cartierele mărginașe ale Capitalei sau ale altor mari orașe, unde romii și-au făcut o îndeletnicire din pregătirea și comercializarea dozelor de heroină și cocaină. Pe lângă romi, în această activitate au fost atrași studenți străini, arabi, turci, cetățeni moldoveni. Pe malul Dâmboviței, de la Operă și până aproape de Crângași, zilnic pot fi văzuți indivizi care vând amatorilor pliculețe cu droguri. Seara, în foarte multe baruri și discoteci din zonă, narcoticele se află la vânzare aproape liberă.

Potrivit unui sondaj efectuat de Centrul Municipal de Asistență Psihopedagogică, elevii bucureșteni nu mai acceptă *„tăcerea"* asupra consumului de droguri în licee. Ei vor ca acest adevăr să fie spus pe față, să se recunoască faptul că din ce în ce mai mulți tineri apelează la droguri din diverse motive și că nu de puține ori comerțul și consumul de droguri au loc chiar în spațiul școlii. Același sondaj al Centrului Municipal de Asistență Psihopedagogică arată că o bună parte dintre cei investigați au declarat că ar încerca măcar o dată să consume droguri, dacă li s-ar oferi ocazia. Sondajul a fost efectuat pe un eșantion de 333 de elevi din liceele Capitalei, cu vârste cuprinse între 15-19 ani. Una dintre întrebările puse elevilor a fost, "ce fel de droguri cunosc?".

Cocaina este considerată de ei, cel mai cunoscut drog. În proporție de 78%, elevii au spus că le sunt cunoscute acele substanțe care au fost create pentru a reduce durerea, cum sunt morfina, heroina sau opiumul. Alții au recunoscut că știu foarte bine ce este cannabisul sau LSD-ul. Amfetaminele, care produc și un efect halucinogen, sunt cunoscute de 57% dintre acești tineri. Este interesantă concluzia că, țigările ocupă abia locul 6 în acest clasament al drogurilor cunoscute de tineri, în timp ce băuturile alcoolice se află pe locul 9. Pentru 41% dintre elevi, somniferele reprezintă o parte din tentațiile lor generale. Solvenții și gazele inhalate, diazepamul, rudotelul și nitrazepanul sunt alte categorii de medicamente-drog, cunoscute de cel puțin 30% dintre elevii bucureșteni. Ceea ce s-a remarcat, pe de altă parte, cu ocazia acestui studiu, este că tinerii știu prea puține lucruri despre efectele și implicațiile "la distanță" ale folosirii drogurilor. Ei nu știu despre posibilitatea apariției cancerului, a ulcerului, a tulburărilor respiratorii și cardiace sau despre pericolul instalării bolilor hepatice și renale.

Elevii au mai fost întrebați, cum ar reacționa dacă ar afla că cineva apropiat se drogează, un prieten sau un membru al familiei. Cei mai mulți dintre intervievați au răspuns că l-ar sfătui pe cel care se drogează să se lase de acet "sport". Dacă nu ar reuși să-l convingă pe respectivul să renunțe la droguri, tinerii ar putea să ceară ajutorul unui medic sau unui psiholog și chiar să-l ajute pe cel drogat să ajungă la un Centru de Detoxifiere. În schimb, 16% dintre participanții la acest

studiu au spus că **nu le pasă de cei care se droghează**, acceptându-i așa cum sunt în grupul lor de prieteni, fără să încerce să le schimbe comportamentul. O bună parte dintre tineri preferă să păstreze distanța față de cei care se droghează. Cei care apelează la droguri stârnesc în jurul lor diferite stări emoționale, de la șoc, la îngrijorare, de la părăsire, la furie. Aproape 38% dintre tinerii investigați au spus că au printre prieteni persoane care se droghează, specificând faptul că este vorba, în primul rând, de un consum exagerat de băuturi alcoolice și de tutun. Un aspect îngrijorător este că peste 20% dintre ei au spus că ar fi tentați să consume droguri, dacă ar avea posibilitățile materiale necesare pentru achiziționarea unor asemenea substanțe.

Se știe că fortralul este mult mai ieftin decât drogurile cu care se înrudește (cocaina, heroina): o tabletă sau o fiolă injectabilă costă puțin, în condițiile în care 2-3 tablete sau 1-2 fiole reprezintă doza suficientă pentru declanșarea stării euforice. În fazele accentuate ale dependenței se ajunge prin folosirea injecțiilor intravenoase cu seringi pentu insulină. Dacă trei pastile și jumătate (180 mg) echivalează cu 10 mg de morfină injectată, 1-2 fiole (30-60 mg) sunt de ajuns pentru obținerea aceluiași efect, de această dată foarte rapid. Firește, apar și riscuri suplimentare, fiindcă, de obicei, aceeași seringă trece de la un membru la altul în cadrul grupurilor de narcomani și infectarea cu HIV devine probabilă. Fortralul nu este singurul medicament halucinogen pe care tinerii reușesc să-l cumpere din farmacii. Pa listă s-ar putea adăuga: Diazepam, Codeina, Meprobamat, Rohypnol, Levomepromazin, Romparkin etc. Unele dintre ele dau dependență fizică și psihică.

Încă din 1999, Guvernul a adoptat un proiect de lege privind combaterea traficului și a consumului ilicit de droguri. Acest document ar veni în întâmpinarea recomandării ONU și a UE privind adoptarea unei legislații speciale în domeniu, în concordanță cu un set de convenții internaționale. Proiectul adoptat de executiv cuprinde norme referitoare la reprimarea producerii și traficului ilicit de substanțe aflate sub control, la incriminarea și pedepsirea infracțiunilor privind regimul acestora.

Legea sancționează cu închisoarea de la 10 la 20 de ani, cultivarea, vânzarea, deținerea sau tranzitarea drogurilor de mare risc, cum ar fi heroina, LSD, cocaina și morfina. Potrivit legii, introducerea sau scoaterea din țară a acestui tip de droguri se pedepsește cu detenția de la 15 la 25 de ani.

În ultimii cinci ani, numărul liceenilor bucureșteni care consumă droguri s-a dublat. Dacă, în urmă cu cinci ani, primul studiu al Direcției de Sănătate Publică în 30 de licee din București releva un număr al consumatorilor de droguri de 4,5% din totalul liceenilor, în primele luni ale anului 2001, consumul declarat afecta aproape 11% dintre elevi. Dacă erau luați în calcul și potențialii consumatori, ponderea acestora se ridică la aproape 18%.

Periculos este, însă, faptul că în România substanța ilegală cel mai des folosită este heroina, iar aproximativ 95% dintre consumatori, care sunt tineri de 18-25 ani, folosesc heroina injectabilă (vezi *figura 8, 9, 10*).

Pe lângă heroină, tinerii folosesc des cocaina și marijuana, substanțe pe care adolescenții le consumă, inițial, la îndemnul anturajului, cu ocazia unor aniversări sau în discoteci. Pe de altă parte, orice drog, oricât de ușor ar fi, este extrem de periculos, pentru că, folosit timp îndelungat, produce alterări ireversibile la nivelul creierului. Sub influența drogurilor, tinerii nu mai sunt responsabili de faptele lor, ignorând riscul infectării cu HIV/SIDA, hepatita B, dar și alte boli. Mai mult, fenomenul este asociat cu o mai mare creștere a infracționalității, a crimelor și a violenței. Tinerii, după ce descoperă atracția halucinogenelor, abandonează școala și se alătură celor fără ocupație.

Statisticile din anul 2000 arătau că în București existau mai multe mii de persoane care se droghează, dar numărul acestora putea fi cu mult mai mare, întrucât mulți elevi și studenți se află de-abia în stadiul "experimentării" folosirii drogurilor. Altfel spus, trei bucureșteni dintr-o mie se droghează, iar un tânăr dintr-o mie folosește astfel de substanțe.

Conform studiilor psiho-sociologice, mulți adolescenți încep să prizeze droguri din cauza problemelor diverse din mediul familial sau social în care trăiesc, ori a influenței unor colegi de școală. Pentru cei extrem de săraci, pentru care viața se derulează în canale, alături de șobolani, prin stațiile de metrou ori în subsolurile unor imobile insalubre, drogurile

țin loc de mâncare, ei folosesc cele mai proaste droguri, iar în lipsa acestora, se mulțumesc cu câteva grame de solvenți cu efect halucinogen. Pentru cei cu situație materială bună, piața drogurilor oferă orice și-ar putea dori. Ei cumpără, pe bani mulți, droguri de lux.

Autoritățile române au recunoscut pentru prima dată, în 1997, că o parte a heroinei în tranzit – 20% potrivit Poliției – este destinată pieței interne, unde consumul crește rapid. Vânzătorii de droguri au adaptat prețurile posibilităților economice ale consumatorilor români pentru a crea o **piață bazată pe dependență**.

Studiile au arătat, așa cum s-a mai arătat, că mulți tineri au devenit dependenți de Fortral. Acesta este un derivat de opium, din aceeași clasă cu morfina, heroina, cocaina etc., și poate fi procurat de la orice farmacie. Deși, teoretic, nu se eliberează decât pe bază de rețetă, mulți tineri, atât liceeni, cât și studenți sunt dependenți de el. Potrivit lucrării "Bazele farmacologcie ale practicii medicale" (autor Valentin Stroescu). Fortralul provoacă halucinații, somnolență, apatie, letargie, anxietate, dezorientare, coșmaruri. La supradoze apare depresia respiratorie, coma sau crize epileptice (vezi *figura 11*).

Pe de altă parte, scăderea puterii de cumpărare împinge narcodependenții spre consumul de alcool combinat cu medicamente, în scopul obținerii unor efecte apropiate celor furnizate de droguri. Numărul celor care folosesc droguri și al persoanelor implicate în furnizarea acestora a crescut și crește semnificativ, mai ales în rândul tinerilor, plaja de vârstă fiind între 13 și 40 de ani. De asemenea, au apărut grupuri de consum și distribuție constituite pe criterii etnice, în rândul romilor existând dealeri care stabilesc legături cu rețelele interne și externe de trafic de narcotice.

La sfârșitul lunii iunie 2000, numărul liceenilor din Arad care consumau droguri era de aproape 4 ori mai mare decât pe țară, conform unui sondaj efectuat de Serviciul de Promovare a Sănătății Județean, care arată că, din cei 486 de elevi ai claselor X-XII care au fost investigați, 11,5% au recunoscut că au consumat droguri cel puțin o dată, iar 2% sunt consumatori permanenți. De asemenea, se știe că mulți consumatori de droguri se numără printre elevii claselor a XII-a,

iar 56% dintre aceştia sunt fete. Potrivit sondajului, drogurile preferate de adolescenţi erau marijuana, ecstasy, cocaina şi haşiş.

În disperare de cauză, "trădaţi" în majoritatea cazurilor de cei abilitaţi să aibă grijă de copiii lor, rudele tinerilor dependenţi de droguri au înfiinţat, în septembrie 2000, la Bucureşti, Asociaţia Părinţilor Toxicomanilor. Afiliată la Fundaţia Sano (specializată în problema combaterii consumului de droguri). Asociaţia are drept scop promovarea şi aplicarea unor programe specializate în prevenirea dezechilibrului psihic, de consiliere, asistenţă psihologică şi socială şi de integrare socială.

Asociaţia Părinţilor Toxicomanilor (APT) şi Fundaţia Sano consideră că autorităţile abilitate în prevenirea şi combaterea consumului de droguri dau dovadă de lipsă de responsabilitate, întrucât fondurile destinate unor programe sunt folosite ineficient şi, din nefericire, au loc numeroase tragedii în rândul tinerilor consumatori cronici. Reprezentanţii APT susţineau că în Bucureşti există puţine centre de post-cură, unde puteau fi internate persoanele dependente de droguri, acestea fiind supraaglomerate şi funcţionând inclusiv cu ajutorul voluntarilor.

Părinţii toxicomanilor au mai subliniat că instituţiile medicale nu acordă copiilor lor un ajutor imediat, prin dozarea corespunzătoare a medicamentelor pe care le primesc, nu urmează un şir de îngrijiri terapeutice după ce sunt externaţi şi nu sunt supravegheaţi de asistenţi sociali, iar unele policlinici din Capitală refuză internarea unor astfel de pacienţi. "Noi am solicitat înfiinţarea mai multor centre de tip post-cură, permanente, în Capitală, dar nu am fost ascultaţi de nimeni. Cât despre ONG-urile din domeniu, ştim doar că există. Copiii noştri nu au beneficiat de nimic de pe urma acestora", afirma preşedintele acestei asociaţii în urmă cu puţin timp.

8.2. Drog şi criminalitate

În ţara noastră nu avem încă un sistem efectiv de monitorizare statistică a consumatorilor şi mai ales a dependenţilor de drog. Fenomenul este uşor de explicat şi el este relativ frecvent şi în alte

zone de pe glob. În plus, cu toate că specialiștii în materie amintesc virtuale apropieri de moderna dependență dată de vinurile din vechea Dacie, opiumul din culturile de mac sau alte tipuri de stupefiante legate de tentație, dorință, pofta de consum și, în același timp, de exaltare din vremea lui Burebista, în spațiul nostru de viață și cultură o serie de considerente morale, politice, religioase au ținut în surdină aproape tot ce era legat de acest delicat subiect: flagelul drogurilor.

Nu putem afirma că, trecându-se de la mit la realitate, locuitorii din România nu dețineau în structura lor psihică ambele fațete ale ecuației: pe de o parte, NEVOIA DE INEDIT, participarea la inedit prin nicotină, alcool și droguri – toate pentru a trăi un strop de fericire grație euforiei aparente; iar pe de altă parte, medicii și preoți au căutat, în modul lor SPECIFIC, FIECARE SĂ AJUTE PE CEL "RĂTĂCIT". Medicii au fost confruntați în plan profesional cu nevoia de a face eforturi pentru a salva "bolnavii" de tentația drogurilor (licite sau ilicite), iar slujitorii bisericii au încercat să alunge răul din calea "păcătoșilor" prin practici ale ortodoxismuluui românesc.

Totuși, până în secolul XX, poporul român nu a luat în considerare drogul ca pe ceva dăunător cu implicațiii deosebite în viața politică și socială a subiectului uman, iar în perioada interbelică erau destul de numeroși consumatori și traficanți de droguri români și străini.

Întrucât consumul și mai ales dependența de drog sunt legate nu de puține ori de "alunecarea" în zona comportamentelor antisociale, ținem să reliefăm că organele abilitate depun eforturi pentru a deține o evidență a infracționalității generate de acest "nou flagel".

Este binecunoscut de juriști, psihiatri, psihologi că de mult timp au fost sesizate crime, jafuri, furturi săvârșite sub imperiul consumului cronic de alcool sau alt tip de drog, mai ales drog ilicit.

În prezent, în România, colaborarea între organele de urmărire penală și cele din rețeaua de combatere zonală a consumului de drog a devenit eficientă și are șanse să sugereze propuneri și să realizeze **strategii pentru scăderea numărului de consumatori**, de dependenți.

Raportul dintre drog și criminalitate – toxicomania – este asociată violenței în următoarele moduri:

- ***violență directă*** – generată de consumul de drog, necesitând o abordare psihodinamică.
- ***violență indirectă*** – lumea drogului este o lume marginală, delictuală și violentă.

Teoretic, există diferite modele care apar în relația drog-criminalitate:

- *modelul farmacologic* – intoxicația induce violența;
- *modelul sistemic* – mediul consumatorilor și traficanților de droguri este un mediu cu potențial delictual;
- *modelul economic* – toxicomanul are nevoie de bani;
- *modelul integrativ* – reunește cele trei modele precedente;
- *modelul psihopatologic* – tulburările de personalitate ale toxicomanului sunt responsabile de delincvență și de consum de drog.

Cele mai recente date arată că în iulie 2002 au fost înregistrate 568 cazuri de criminalitate legate de drog (consum, trafic, comercializare), dar în lucru sunt 778 cazuri penale. Pentru 313 persoane în 2002 s-a început urmărirea penală; 404 persoane au fost prinse în flagrant de reprezentanții organelor abilitate, 305 persoane sunt cercetate în arest preventiv, iar 406 persoane sunt cercetate în libertate.

Nr. crt.	INDICATORI	Anul 2002
1.	Lucrări penale existente la începutul perioadei	204
2.	Lucrări penale înregistrate	568
3.	Total în lucru	778
4.	Soluționate	614
5.	Rămase în lucru	164
6.	Persoane prinse în flagrant	404
7.	Persoane cercetate în stare de arest preventiv	305
8.	Persoane cercetate în stare de libertate	406

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Categoriile de persoane cercetate

Nr. crt.	Persoane cercetate	Anul 2002
1.	Organizatori ori finanțatori ai unor rețele de traficanți	86
2.	Distribuitori sau intermediari	245
3.	Minori	43
4.	Tineri	346
5.	Elevi, studenți	105
6.	Fără ocupație	370
7.	Cu atribuții specifice în domeniul medical, educațional sau profilactic	77
8.	Toxicomani	163
9.	Transporturi, depozitatori, tăinuitori	58
10.	Cultivatori	10
11.	Persoane supuse curei de detoxifiere sau supravegherii medicale	14

Eficiența și competența intervențiilor specialiștilor în domeniul combaterii consumului de drog și a crimei organizate se concretizează în detalierea unor date statistice interesante pentru orice fel de specialist tentat să se implice în lupta antidrog din România.

La nivelului Comisiei Interministeriale pentru Prevenirea Consumului și Traficului ilicit de droguri sunt date de interes științific pentru abordarea în perspectivă a fenomenului care a luat amploare la noi în țară. Se știe acum că în România existau în 2002 circa 543 cetățeni români toxicodependenți care au săvârșit una sau mai multe fapte considerate infracționalitate și 168 cetățeni străini. Dintre aceștia, 86 sunt organizatori sau finanțatori ai unor rețele de traficanți (64 din țară și 22 din străinătate); 245 de persoane sunt încadrate de juriști ca fiind distribuitori sau intermediari (de asemenea, aceasta reprezintă tot o infracțiune pedepsită de Codul Penal), 43 sunt minori, 346 sunt tineri, 105 sunt elevi ori studenți, iar 370 sunt fără ocupație.

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

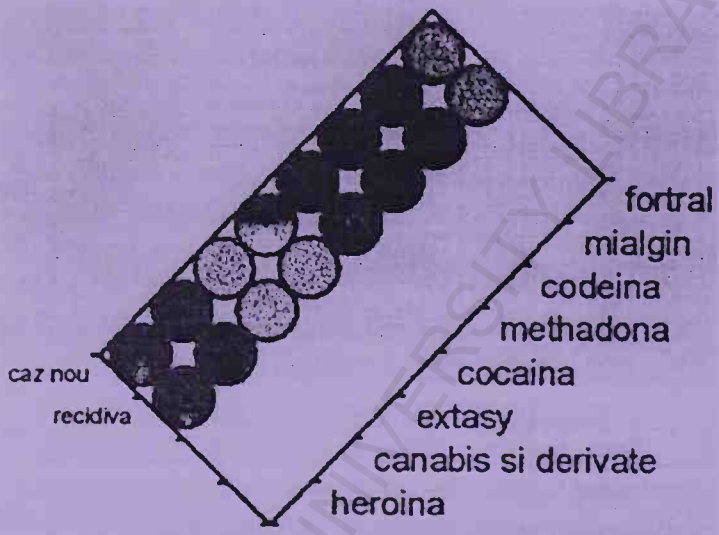


Figura 8

Cu riscul să declanșăm comentarii pro și contra, ținem să aducem la lumină pentru eventualele decizii, hotărâri și strategii faptul că dintre persoanele reținute pentru infracțiuni legate de consumul, traficul și comercializarea drogurilor 77 (respectiv 10%) sunt dintre cele care au atribuții specifice în domeniul medical, educațional sau profilactic. În același timp, dorim să insistăm asupra ideii de competență, eficiență, abilități specifice probate de reprezentanții domeniului jurisdicțional care au reușit veritabile performanțe, considerate semnificative de specialiști din țări cu nivel de dezvoltare economică, semnificative față de "experiența" întregii populații față de droguri. Cu toate aceste remarcabile performanțe, ne surprinde faptul că, la un moment dat, aceiași specialiști au putut porni urmărirea penală doar pentru 10 persoane care cultivau droguri!

BCU ASSETTAL UNIVERSITY LIBRARY

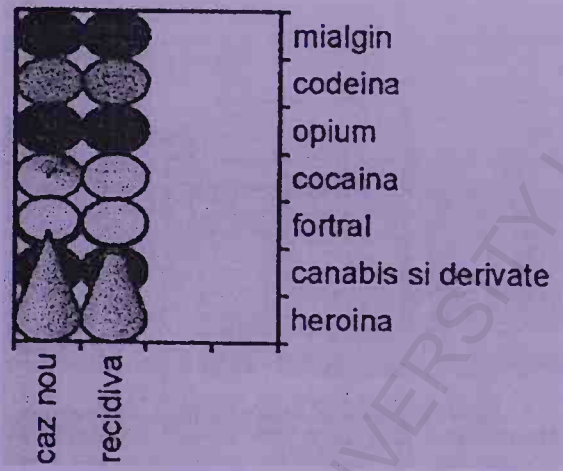


Figura 9. Cazurile de toxicomani înregistrate în anul 2000 (total cazuri 1401). Droguri ilicite

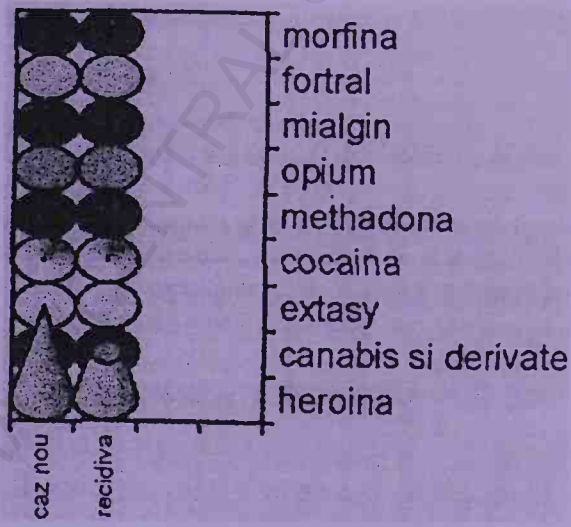


Figura 10. Cazurile de toxicomani înregistrate în anul 2001 (total 2134 cazuri). Droguri ilicite

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

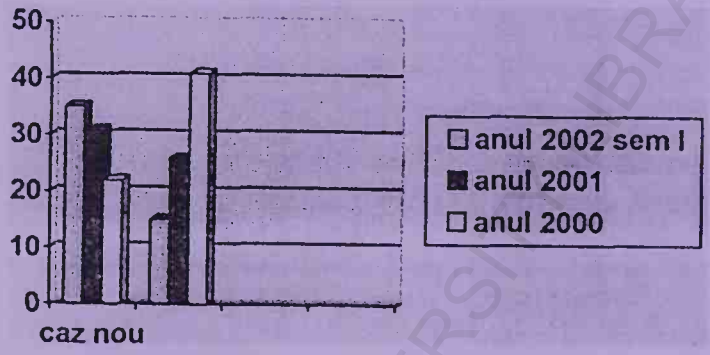


Figura 11. Cazurile de dependență cu medicamente

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. IX. STUDIUL DROGURILOR ȘI ÎNCERCARE DE ADAPTARE A INTERVIULUI MOTIVAȚIONAL

Autori consacrați, pionieri în domeniul strict abordat, Miller și Rollnick (1991, 2002) definesc *interviul motivațional* ca fiind "metoda directă", centrată pe client, ce determină schimbarea motivației intrinseci prin explorarea și stabilirea ambivalenței. Ei descriu interviul motivațional ca pe o "cale de a fi alături de oameni" și ca pe un *set de metode clinice*, putând fi transmise și însușite. Interviul motivațional implică aplicarea a 4 principii de bază:

- exprimarea *empatiei*;
- dezvoltarea (amplificarea) *discrepanțelor*;
- eliminarea *rezistenței*;
- *eficiența personală suportivă*

Din punct de vedere clinic, metodele specifice interviului motivațional pot fi aplicate în mod variat. Aceste intervenții pot reprezenta un prim tratament sau un preludiu al altui tip de tratament, în încercarea de a-l determina pe pacient să răspundă pozitiv la acel tratament. Aceste metode pot fi, de asemenea adaptate pentru a fi combinate sau integrate altor componente ale tratamentului sau chiar întregului tratament.

În lucrările de cercetare, cea mai folosită metodă legată de interviul motivațional este cea prin care pacientul (de regulă, dependenții de alcool sau droguri) primește date (feedback) bazate pe rezultate individuale din măsurători standardizate, ca de exemplu cele din "Controlul alcoolicilor" (Drinker's Check-Up = DCU; Miller, Sovereign & Krege, 1988) au o variantă a acestuia. Feedback-ul se realizează prin "stilul" interviului motivațional. Această metodă a fost folosită în multe cercetări, ca în

binecunoscutul proiect MATCH (1997) şi noi considerăm că ea constituie o adaptare a interviului motivațional AIM. Ea este definită de prezența **componentei feedback** şi nu numai de simpla folosire a interviului motivațional. În sens mai larg, denumim prin AIM şi intervențiile sunt încorporate tehnici de intervievare non-motivaționale, păstrând însă principiile interviului motivațional ca bază a tratamentului, ca şi metodele specifice folosite de nespecialişti (Rollnick, Heather & Bell, 1992). Este interesant de notat faptul că *toate* studiile empirice publicate (privind acest aspect) accentuează eficacitatea AIM, fără să fi găsit lucrări ce specifică eficacitatea interviului motivațional în valoare absolută.

Pentru această lucrare, autorii au studiat datele disponibile în secțiunile de referințe ale cercetărilor anterioare acestei teme.

Autorii au condus şi o cercetare-dezbatere (PSYCINFO) cu toți membrii rețelei de specialişti în Interviul Motivațional (MINT), solicitând tot ce a fost publicat, legat de tema urmărită.

Într-unul din capitole, autorii urmează linia generală privind eficacitatea diferitelor metode de psihoterapie (vezi Kazdin, 1992). Cei menționați trebuie să satisfacă următoarele criterii, pentru a fi luate în considerare:

- intervenția studiată să consiste, în primul rând, din implementarea principiilor interviului motivațional şi a celor specifice altor metode (ca de exemplu, terapia cognitiv-comportamentală);
- intervenția să fi fost aplicată individual şi față în față;
- eficacitatea componentei AMI "față în față", individuală, să fie derivată din constructul studiului, nu din formatul de grup sau de "ajutor" sau de alt fel;
- designul (constructul) studiului să se conformeze criteriilor pentru un test clinic controlat.

Esența studiului este TESTUL CLINIC CONTROLAT: alegerea, la întâmplare, a unor subiecți ce aparțin unui grup sau altă modalitate de a compara grupuri de pacienți înainte de tratament; cel puțin un grup de control; descrierea clară a măsurătorilor specifice fiecărei probleme cercetate, colectarea datelor rezultate. Deşi, aceste teste au fost de curând supuse criticii, rămân încă standardele cele mai eficiente pentru evaluarea rezultatelor tratamentului (Miller, Andrews, Wilbourne & Bennett, 1998).

Testele clinice controlate

Au fost realizate 26 de studii conform criteriilor autorilor. Studiile sunt foarte variate din punct de vedere al caracteristicilor, metodelor de intervenție, felului în care s-a folosit AIM (ca preludiu la alte forme de tratament sau ca tratament propriu-zis), grupele folosite pentru comparare, controlul calității intervenției, măsurătorile folosite, perioada de aplicare a AIM etc.

Perspectiva cantitativă asupra metodologiei folosite

Oferim o evaluare cantitativă a metodologiei și rezultatele testelor clinice de control, folosind un sistem imaginat de Miller și colegii săi (1995). Doi specialiști independenți au controlat calitatea metodologică a fiecărui studiu, pe 12 dimensiuni specifice, unele dimenisuni (ca de exemplu, durata perioadei de aplicare a testului) fiind notate cu mai mult de 1 punct, rezultând un maximum posibil al calității metodologice de 17 puncte.

Scorurile rezultatelor logice reflectând tăria eficacității tratamentului, au fost determinate pentru fiecare studiu.

În concluzie, se acceptă că rezultatele AIM pentru alcoolici sunt cele mai bune. Pentru celelalte probleme, rezultatele sunt mai puțin concludente: droguri, risc de contaminare HIV, răspuns pozitiv la tratamentul psihiatric dar este o eficiență destul de mare pentru cei cu probleme alimentare.

AIM comparat cu alte metode de tratare a alcoolismului se dovedește a fi mult mai eficient.

AIM în combaterea alcoolismului

Aproape jumătate din studiile autorilor se ocupă de problemele alcoolicilor. Două din acestea (Bien *et all*, 1993; Brown & Miller, 1993) au folosit AIM ca:

BIU MASTER UNIVERSITY LIBRARY

a) preludiu la alte tratamente;
b) singura alternativă de tratament.

a) AIM ca preludiu

Brown & Miller (1995) au folosit AIM ca element pregătitor pentru tratament medical antialcoolic sub supraveghere. Grupul AIM a avut ședințe adiționale, în cadrul cărora fiecare pacient a primit, prin feedback empatic transmis, datele privind modul cum a răspuns la ședințele de până atunci. Măsurătorile au inclus chestionare post-tratament și post-revenire în viața normală (exemplu: Inventar de folosire a alcoolului = AUI; Horn, Wanbert & Foster = FDP; Profilul celui ce bea câte puțin = BDP și Profilul alcoolicului tratat, Miller & Marlat, 1987). Consumul de alcool a fost evaluat în funcție de concentrația de etanol standard (SEC), 1 unitate fiind echivalentă cu ½ uncie de etanol, ca și concentrația săptămânală de alcool din sânge (BAC).

La 3 luni de la revenirea pacientului la „viața normală", s-au constatat rezultate foarte bune privind măsurătorile menționate mai sus. Pacienții ce au beneficiat de AIM au prezentat rezultate semnificativ mai bune ale SEC (dar, nu și la BAC) decât cei fără AIM. Circa 58% din cei cu AIM, față de 20% din grupul de control, au fost abstinenți pe perioada celor 3 luni de după încetarea spitalizării.

Astfel, în mod frecvent AIM a fost folosit doar ca preludiu la un tratament mult mai agresiv, cu toate acestea s-a dovedit eficace, chiar peste așteptări.

b) AIM ca "singura alternativă de tratament" (Comparație cu grup de control fără AIM)

Pentru ca un tratament să se dovedească eficace, trebuie verificat în timp. În privința problemelor generate de alcool s-au efectuat 6 studii, redate pe unele grupuri investigate doar cu AIM: Subiecții au provenit din medii diverse, incluzând și pe cei cu risc crescut: studenți, pacienți din clinici de dezalcoolizare etc.

5 din aceste studii au demonstrat diferențe clare între cei tratați cu AIM și cei fără AIM, atât pe perioada scurtă (6 săptămâni), cât și pe perioada lungă (3 ani), dar cele mai bune rezultate au fost înregistrate la cei cu AIM.

Putem privi cu optimism valoarea AIM în tratamentul problemelor legate de alcoolism. Efectele lui au fost notabile, chiar ca mici intervenții (de exemplu, o singură ședință sau două). Rezultatele sunt valabile și după trecerea a 6 săptămâni după AIM, chiar după 4 ani.

Toate aceste studii efectuate au fost foarte riguroase din punct de vedere metodologic. Aproape toate studiile au folosit tehnica aleatorie ca metodă de comparare între grupe de pacienți, înainte de tratament. Principalele variabile găsite dependente au fost colaterale, pentru a putea fi coroborate datele personale privind băutura, iar corelațiile au fost mari. Măsurarea datelor colaterale reprezintă un ELEMENT CHEIE al studiilor bazate pe aplicarea AIM.

S-a observat că, reducerea consumului de alcool se asociază cu alte schimbări comportamentale importante, ca de exemplu, revenirea mult mai rară la spital pentru traume legate de alcool, mai puține violări ale interdicției de mutare, absențe mai puține de la serviciu și interrelaționare socială mai bună.

Toate acestea demonstrează EFICACITATEA CLINICĂ A AIM pentru o mulțime de locații, spitale, tratament ambulatoriu, campusuri universitare, atât pentru femei, cât și pentru bărbați.

AIM aplicat la dependenții de droguri

Recent au fost publicate 5 studii privind eficacitatea AIM la DEPENDENȚII DE DROGURI.

Variabilele dependente principale au inclus: participarea la tratament; începerea tratamentului, intenția de a începe un tratament. Toate studiile au folosit comparația cu alte tratamente, de aceeași durată ca AIM. Două din aceste tratamente alternative s-au dovedit destul de viabile, în timp ce alte două nu au fost viabile.

Cele două studii care au comparat AIM cu tratamente alternative viabile (Booth et al., 1998; Schneider et al., 2000) au arătat rezultate pozitive pentru AIM, deşi fără diferenţe majore faţă de rezultatele tratamentelor alternative. Mai mult de jumătate din cei care au beneficiat de AIM au căutat apoi ajutor adiţional. 21% din cei cu AIM şi 19% din cei fără AIM erau abstinenţi chair după 9 luni, demonstrând reduceri semnificative ale efectelor adverse – ca urmare a consumului de alcool sau droguri – în munca şi activitatea lor.

Booth şi colab. (1998) au studiat efectele AIM asupra dependenţilor de droguri injectabile recrutaţi de pe stradă. În acest caz AIM a reprezentat o şedinţă de 30 de minute, focalizată de descrierea ambivalenţei, creşterea discrepanţei dintre scopuri şi folosirea drogurilor, specificarea unui program special anti-drog. Grupul de control, tot pe o perioadă de 30 de minute, a beneficiat de metoda reducerii riscului (RR), metodă ce accentuează folosirea unor măsuri mai sigure de injectare. Dependenţa variabilă cea mai importantă a fost reprezentată de intrarea în programul de tratament. După 3 luni, un procent destul de mare din ambele grupuri au intrat în programul de tratament, dar nu au fost diferenţe notabile între condiţii: 40% dintre cei cu AIM şi 43% dintre cei cu RR au început tratamentul.

Concluzii privind eficacitatea interviului motivaţional şi a AIM

Nu există studii care să evalueze eficacitatea interviului motivaţional "pur", aşa cum a fost el definit de Miller şi Rollnick (1991; şi în ediţia din 2002). De fapt, toate studiile evaluează adaptări ale interviului motivaţional (AIM), care constă fie în efectuarea unui feedback al problemelor în stilul interviului motivaţional, fie alt tip de modificări.

Astfel, nu ştim cu precizie ce a generat rezultatele pozitive: feedback-ul, stilul interviului motivaţional sau combinaţia acestora.

• În ceea ce priveşte dependenţa de alcool sau droguri, au fost necesare doar câteva şedinţe AIM (de la una la patru), pentru a avea efecte moderate sau impresionante privind rezultatele pozitive, atât pe

termen scurt, cât și pe termen lung. Rămâne de văzut dacă intervenții pe perioade mai lungi ar da rezultate și mai bune.

• În general, AIM este mai eficace decât lipsa oricărui fel de tratament, dar nu se observă diferențe notabile față de aplicarea altor tratamente alternative.

• AIM este eficient atât ca investigație, ca tratament, cât și ca preludiu la alt tip de tratament.

• Deși majoritatea studiilor s-au efectuat asupra dependenților de alcool și droguri, s-au efectuat și studii asupra unor persoane suferind de hipertensiune, diabet, ambele boli, probleme alimentare.

Multe din rezultatele AIM s-au dovedit eficiente nu doar statistic, dar și clinic.

Majoritatea studiilor AIM și-au demonstrat o puternică validitate externă. VALIDITATEA EXTERNĂ reprezintă gradul în care rezultatele unui studiu pot fi generalizate sau extinse la locații, populații sau probleme, altele decât cele studiate experimenal. În cele mai multe cazuri, pacienții au fost recrutați direct din "viață": de pe stradă, din spitale, clinici.

Validitatea internă a studiilor AIM a fost variabilă și deseori slabă. VALIDITATEA INTERNĂ reprezintă capacitatea proiectului de a elimina explicații alternative ale rezultatelor. Se referă la o serie de factori ca: natura și adecvarea grupurilor de control, cât de adecvate sunt specificațiile variabile independente; reducerea sau eliminarea posibilelor surse perturbatorii.

Cu toate acestea, sunt persoane autorizate clinic, metodologic, iar că AIM este eficientă ca alternativă.

Prognoza interviului motivațional

Viitoarele cercetări în acest domeniu ar trebui să se direcționeze către:

• efectuarea studiilor asupra unui număr suficient de mare de pacienți, care să ducă la rezultate semnificative statistic;

• grupuri de control potrivite, care să reprezinte posibilități alternative clare, echivalente cu AIM;

BCU "IVAN VAZOV" LIBRARY

• exprimarea clară a fidelității tratamentului și a integrității;

• descrierea clară a interviului motivațional folosit sau a procedurilor AIM;

• uniformitate mai mare și și comparabilitate mai mare pentru metodele AIM aplicate și studiate.

Încorporarea unei perspective valorice în practica interviului motivațional se sprijină atât pe concepte, cât și pe practică. Direcționarea pe valorile pacientului este specifică centrării pe client (practica preluată și în interviul motivațional) și îi poate ajuta pe pacienți să-și considere schimbările comportamentale ca reprezentând un nou stil de viață mai bogat în împliniri și nu ca fiind o pierdere a obiceiurilor familiare, suportive. De la primele încercări de a încorpora valoare în interviurile motivaționale s-au reliefat rezultate pozitive.

Interviul motivațional și capacitatea de aderare la el

Termenii de "acceptare" și de "aderare" au fost folosiți în farmacologie și literatura de specialitate privind tratamentul psihosocial, ca denumind începerea, continuitatea și completarea tratamentului, dar și activitățile legate de tratament. Autorii citați de noi au ales să nu folosească termenul "acceptare", datorită conotației legate de supunere față de o autoritate și datorită asocierii cu unele concepte ca "rezistență" sau "negare". Pacienții catalogați drept "non-acceptanții" au fost deseori descriși ca prezentând deficiențe motivaționale sau ca având trăsături de caracter ce pot determina eșecul tratamentului. Noi nu am făcut nici un fel de presupuneri privind personalitatea celor ce au fost supuși tratamentului; am plecat de la ideea că deciziile și comportamentele pacienților studiați de autorii americani au fost determinate, în mare măsură, de interacțiunea celor ce căutau tratament cu persoanele ce ofereau tratament și cu sistemul lor de valori (Daley & Zuckoff, 1999). Astfel, noi folosim termenul mai neutru de "aderare" pentru a descrie până

unde vor urma pacienții acțiunile prescrise sau asupra cărora au convenit să le urmeze, sau cât fac din ceea ce se aștepta de la ei, atunci când este vorba despre tratament. Acest termen se poate referi la modul în care pacientul onorează întâlnirile stabilite (ședințele de tratament), își ia medicamentele așa cum au fost prescrise, sau îndeplinește diferite sarcini ce i-au fost atribuite între două ședințe: (să participe la întâlnirile cu grupurile de suport, să aleagă altă acțiune semnificativă în locul participării la ședințele de grup, să citească sau să scrie ceea ce a fost stabilit, să aibă activități care să elimine posibilitatea depresiilor sau expunerii la anxietate, să se autoanalizeze etc.). **Aderarea** reprezintă astfel un set alcătuit din toți acei factori ce pot avea impact asupra aplicării unui tratament.

De ce este important să menținem pacienții în tratament?

Răspunsul ar putea consta în următoarele:
- datorită costului ridicat al tratamentelor,
- ocupă locul cuiva care ar putea veni regulat.

Este foarte important, sunt din ce în ce mai multe dovezi privind relația dintre aderarea la tratament și rezultatele unui tratament. Cei ce aderă la tratament și se mențin, au mult mai multe șanse de succes decât ceilalți.

Magnitudinea problemei aderării se observă cu ușurință în cazurile de boală mentală, dependență de diferite substanțe, așa cum rezultă din practica ultimilor 25 de ani.

Ce nu s-a observat prea clar până acum este specificitatea relației dintre aderare la un tratament și tratamentul în sine, fapt ce necesită cercetări ulterioare. De exemplu, aderarea la tratamente psihologice nu se asociază întotdeauna cu rezultate pozitive. Deși accepția pentru tratament există, nu putem dovedi că ea este efectiv răspunzătoare pentru rezultatele pozitive.

Cum poate fi folosit interviul motivațional pentru îmbunătățirea aderării?

Toate studiile pot fi descrise, în ultimii ani, ca oferind o direcție pentru investigații ulterioare privind aderarea la acest tip de investigație-tratament.

AIM a dovedit că poate duce la efecte semnificative privind aderarea (unele o accentuează); mai multe ședințe AIM duc la creșterea potențialului aderării. AIM aplicat la un grup a fost mai eficient din punct de vedere al aderării.

O certă concluzie este că intervențiile având ca obiect „ADERAREA" AU CA REZULTAT O SCĂDERE A RECIDIVELOR.

„Ingredientele" eficiente ale unui interviu motivațional folosit ca intervenție pentru „aderarea" la tratament

În primul rând este necesar un **feedback-ul formal**. AIM ce include feedback demonstrează o mai mare consistență în a determina aderarea decât AIM fără feedback.

O a doua variabilă o reprezintă natura însăși a feedback-ului: **accentuat**, în relație cu alte variabile (stilul de comunicare al celui ce aplică AIM etc.), ori **normativ.**

S-a concluzionat că stilul interpersonal poate fi asociat cu interviul motivațional. Crearea unui climat terapeutic pozitiv este ingredientul „cheie" în succesul tratamentului, în general și al interviului motivațional, în special.

Pregătirea motivațională și „aderarea" la tratament

Există mai multe surse pentru „factorii de risc" ce determină nonaderarea, ce variază în funcție de diferitele populații și/sau locații și pot fi testate și adaptate pentru o varietate de programe.

BCU IAȘI / BIBLIOTECA UNIVERSITY LIBRARY

Cei care au capacitate scăzută de a accepta tratamentul au rezerve și față de natura, extinderea și severitatea problemelor lor. Nu sunt siguri dacă problema „identificată" poate sau trebuie să fie schimbată, dacă a o menține nu înseamnă prea mare „deranj". De exemplu, pentru cei dependenți de droguri consecințele (pe termen lung) ale folosirii drogurilor (sănătate, pericol de a fi arestat, de a fi închis) s-ar putea să nu contrabalanseze recompensele imediate ale plăcerii de a se droga. Unii rezolvă dilema minimalizând importanța problemei, spunând: „Nu voi fi prins, din moment ce mă droghez doar la sfârșit de săptămână, cu prietenii".

O altă problemă se referă la lipsa de siguranță implicată de schimbări majore ale STILULUI DE VIAȚĂ. De exemplu, cel ce renunță la băutură poate pierde un prieten, cu care obișnuia să bea și de aici ideea că va avea un viitor nesigur și lipsit de speranță.

Alți factori influențează acceptarea tratamentului: experiențe anterioare negative de tratament, motivație negativă relațională, bariere exterioare de care trebuie ținut seama, atitudini culturale și apartenențe ideologice. Chiar cu ajutorul care li se oferă poate fi inacceptabil pentru ei, deși îl doresc. De exemplu, un pacient poate accepta medicamentele pentru scăderea tensiunii, dar nu poate fi convins să țină regim sau să-și îmbunătățească condiția fizică prin exerciții.

Iată câteva exemple de **intervenții eficiente**, în încercarea de a rezolva problemele de „aderare" la tratament:

- *indici ai unei foarte bune relaționări,*
- *identificarea experiențelor pozitive față de ajutorul primit;*
- *capacități de cooperare sau eficiența personală suportivă;*
- *manifestarea optimismului față de rezultatele tratamentului.*

Toate aceste strategii sunt rodul propriei experiențe clinice ale autorilor citați.

Ele pot fi categorisite ca strategii pentru Faza 1 și Faza 2. Generic se ține seama de:

- descoperirea nivelului actual al acceptării problemei și a tratamentului pentru fiecare individ;

- formularea de ipoteze, în funcție de dorințele, credințele, sentimentele și experiențele ce influențează fiecare din aceste dimensiuni;
- considerarea de opțiuni pentru rezolvarea ambivalenței privind atât schimbările cât și tratamentul.

Strategiile din Faza 2 sunt centrate pe ajutarea pacienților să-și dezvolte un plan de aderare potrivit resurselor, capacităților, preferințelor și nevoilor de tratament individual.

Faza 1: Strategiile tradiționale de aderare implică transmiterea, instruirea sau demonstrarea a ceea ce urmează să realizeze tratamentul și a ceea ce este necesar pentru ca el să aibă succes (Zweben & Li, 1981). Presupunerea implicată este că pacienții sunt mult mai conectați la tratament dacă li se dau informații corecte privind rolul și funcția clinicianului, dar și cele ale pacientului. Astfel, se obține cooperarea pacientului care începe tratamentul având probleme destul de mari cu acceptarea; toate dubiile legate de tratament pot proveni tocmai din incorecta informare, nu neapărat din lipsa de motivare.

Pentru pacienții ce nu au probleme de acest gen, tehnicile clasice, de inducție, pot fi insuficiente. La aceștia poate fi vorba de o lipsă de motivare, neîncredere în terapeut sau ambivalența față de schimbare, mai mult decât de ignoranța sau neînțelegerea scopurilor tratamentului.

Primul pas îl reprezintă „cunoașterea pacientului" suficient de bine, pentru a-l înțelege și pentru a-i oferi astfel o perspectivă mai largă. Este nevoie să se creeze o atmosferă de securitate, de siguranță.

Pe scurt este vorba despre decodificarea structurii pacientului cu toate problemele și necazurile sale, a motivațiilor, a temerilor, a situației financiare și familiale etc., fiind un fel de **anamneză adâncită**.

Faza 2: Presupune negocierea unui plan de aderare, doar după ce se ajunge la un consens cu pacientul. Terapeutul avansează mai multe ipoteze de lucru, cu alternative – dar trebuie evitată negocierea cu pacienții care încă mai au dubii, pentru a nu-l determina să se simtă sub presiune.

Unii indivizi, confruntați cu sarcina neplăcută de a hotărî dacă să înceapă tratamentul, pot fi pregătiți să acționeze în timp (un fel de

temporizare) – și se poate întâmpla ca, după ce au renunțat, pacienții să revină, schimbându-și atitudinea între timp – chiar într-un mod negativ : acest lucru se poate întâmpla când pacienții nu pot să se destăinuie, mai ales în fața unei persoane cu autoritate; unii au senzația că nu au „dreptul" de a investiga autoritatea, astfel încât se simt mai în siguranță dacă par cooperanți – ceea ce se va dovedi contraproductiv, în timpul tratamentului.

Astfel, este important ca terapeuții să atragă atenția pacienților asupra unor posibile reacții viitoare, descriindu-le aceste reacții și discutând despre posibilitățile de a le face față. Astfel, spre sfârșitul fazei 2, consilierul poate transmite următorul mesaj: sentimente confuze și amestecate privind tratamentul și efectele lui, ca și momentele tensionate sau de luptă, reprezintă o parte normală a procesului tratamentului și nu semne de eșec; discutând deschis aceste probleme, se ajunge la identificarea unor posibilități reale de a învăța și de a merge mai departe. Acest mesaj „nonperfecționist" reduce sentimentul de vinovăție sau de jenă ce apare destul de des atunci când un pacient nu poate coopera, de asemenea, folosește și ca mecanism de „imunizare" a pacientului față de reacțiile impulsive vis-à-vis de dezamăgire, frustrare sau insatisfacție față de rezultatele obținute.

CONSIDERAȚII ETICE

Prezentăm câteva principii-cheie ce trebuie respectate, din punct de vedere al eticii profesionale, în interviurile motivaționale –, insistând asupra acestui aspect mai ales pentru că același tip de investigație l-am utilizat generic pentru obținerea de date în domeniul dependenței de drog.

– *când simți că apar disonanțe în interrelaționare sau în zona de disconfort etic, clarificați imediat atât aspirațiile pacientului, cât și pe ale dvs. (ex..* o pacientă a lui Rollnick a venit pentru a se trata de atacuri de panică; la fiecare ședință însă, venea cu o nouă problemă: ba anorexie, ba probleme cu o colegă de serviciu). Rollnick a simțit că se învârte „în jurul cozii" și că nu o poate ajuta dacă nu

cunoaște problema principală – de fapt, pacientei îi face plăcere să vină și să discute. El a hotărât să atace frontal, respectiv să se întoarcă la atacurile de panică, pentru care să stabilească strategia cea mai adecvată.

Când părerea terapeutului, privind interesul pacientului este în disonanță cu dorințele acelui pacient, reconsiderați și renegociați agenda, arătând clar care vă sunt părerile și aspirațiile privind problema acelui pacient. Astfel o pacientă vine pentru a-și rezolva problema ei privind jocul la cazinou – dar, din discuții, reiese că nu aceasta era problema principală, ci faptul că se plictisea îngrozitor cu viața pe care o ducea, soțul fiind cel care o amenințase că divorțează dacă ea mai joacă la cazinou. Atunci s-a stabilit o strategie prin care pacienta să-și recapete „pofta de viață" și, după o perioadă de 6 luni renunțase la jocul de cărți și era mulțumită în plan afectiv.

Cu cât implicarea personală în cazul unui client crește, cu atât mai nepotrivită este folosirea metodei interviului motivațional. Este clar nepotrivită când implicarea personală poate fi în disonanță cu interesul pacientului. Este știut că unul din autorii AIM se afla într-un avion și o pasageră a început să-i povestească despre munca ei, respectiv vânzarea de avioane particulare – vorbind despre felul în care încerca să-i motiveze pe posibilii cumpărători, terapeutul se antrenează în discuție, spunându-i despre tehnica lui – când pasagera a devenit prea interesată , acesta a realizat că „vorbise mai mult decât trebuie" și a încetat discuția.

Cu cât rolul terapeutului implică o mai mare putere coercitivă de a influența comportamentele și rezultatele pacientului, cu atât trebuie să fiți mai atent când folosiți interviul motivațional. Când puterea coercitivă se combină cu investiția personală în rezultatele pacientului, nu este etic să folosiți interviul motivațional. Rollnick (2002) a fost rugat de o avocată să fie învățată tehnica interviului motivațional, pentru a-și putea pregăti clienții pentru depoziții; i s-a atras atenția că nu ar fi etic să aplice această metodă și cu martorii părții adverse (apud Rollnick & Miller, 2002).

Cap. X. MICROSTUDIU PRIVIND DINAMICA UTILIZĂRII ÎN EXCES A ALCOOLULUI ŞI DROGURILOR LA TINERI (MĂSURI PREVENTIV-AMELIORATIVE PRIVIND DEPENDENŢA)*

Argument

În România, după 1989, au apărut o serie de fenomene în plan psihocomportamental care îşi au rădăcinile în mutaţiile socio-economice pe care le traversează societatea în tranziţie şi posttranziţie.

Datele din recenta literatură de specialitate, în special din psihologie, sociologie şi psihopatologie converg spre descrierea unor modificări ale concepţiilor, atitudinilor, credinţelor, obiceiurilor la multe populaţii. Printre acestea sunt semnalate: creşterea indicilor criminalităţii şi ai criminalităţii juvenile în special, creşterea numărului îmbolnăvirilor atât pe plan somatic, dar şi în plan psihic, a populaţiei, scăderea numărului de naşteri, creşterea numărului de divorţuri, creşterea numărului de consumatori cronici de alcool, creşterea îngrijorătoare a persoanelor cu HIV (inclusiv a numărului de bolnavi SIDA), creşterea numărului de accidente şi decese prin accidente de circulaţie (de multe ori ca urmare a conducerii autovehiculelor sub influenţa alcoolului). Am lăsat anume la sfârşit flagelul care a ajuns să genereze extrem de multe probleme.

Consumul de droguri, cu tot ce implică *tentaţia consumului, procurarea drogurilor, accidente în utilizarea drogurilor interzise, combinate cu cele acceptate (alcool, tutun, medicamente), dar mai ales a problemelor ce apar la utilizatorii în exces – determină*

---

* Material redactat cu unele contribuţii tehnice ale drd. Maria Zivari (Irimiea).

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

apariția dependenței de drog, chiar la vârste tinere, din ce în ce mai mici în ultimele 2 decenii.

Ținem să subliniem că afirmațiile, aserțiunile și concluziile pe care le prezentăm nu reprezintă doar reflexul observațiilor noastre chiar atent efectuate în licee, facultăți, spitale, policlinici, în țară și în străinătate. Ele sunt rezultatul unei chintesențe între suma enormă de informații științifice din domeniul psihologiei, psihopatologiei, psihologiei devianței și psihoterapiilor centrate pe client, psihoterapii cognitiv-comportamentale în și desfășurarea lor complexă și veridică.

De aceea, nu vom insista pe coordonate și accepții deja cunoscute generic din mass-media și ne vom centra pe specificul investigațiilor efectuate de noi, eforturile fiind substanțiale pentru întreaga echipă de cercetare ca și pentru colaboratorii noștri (voluntari de multe ori).

Pornind de la discutarea **balanței obiective produse/rezultate estimate și, eventual obținute,** trebuie să subliniem că aceasta are aparența unei reușite, a unei echilibrări între „propus/realizat". În același timp, studierea fenomenului consumului de alcool și dependenței de drog ne-a obligat să intrăm într-o serie de meandre extrem de greu de aproximat înainte de desfășurarea primelor investigații în teritoriu.

Dacă încercăm o evaluare detaliată a acestei balanțe obiective propuse/realizate estimate (obținute), considerăm că în prezentarea obiectivelor propuse (în 1999) au fost atent urmărite, pentru ca prin acțiuni concrete să prindă viață, să aibă un contur la nivelul populației tinere căreia i se adresează prin modalități diferite de implementare în cadrul școlii, facultății, familiei și, în sens larg, al comunității.

Generic, OBIECTIVUL privind cunoașterea comportamentelor școlare legate de consumul de drog conține:

a) Activitatea psihosocială a constat, inițial, în vizite în școli, licee din București, pentru permeabilizarea atitudinii de comunicare între psihologi (echipa de cercetare din Proiectul 29) și elevi, pe de o parte, iar pe de alta, realizarea unei „deschideri" din partea cadrelor didactice din școli pentru colaborarea cu specialiștii, cu psihologii, polițiștii, asistenții sociali etc.

BCU "LUCIAN BLAGA" CLUJ-NAPOCA LIBRARY

Pentru a alcătui eșantionul și pentru a putea trage concluzii valide, se impune ca acesta să dețină caracteristica de „reprezentativ" – fapt ce implică numeroase și dificile operații statistice.

Ca atare, munca noastră de început a fost extrem de greu de realizat în școli, licee și mai ales discuțiile cu părinții, de la care avem permanent nevoie de informații corecte și ample. Am colaborat cu profesorii, directorii, diriginții, psihologii de orientare școlară de la liceele **„Spiru Haret", „Mihai Viteazul", Colegiul Național „Sf. Sava" din București, Colegiul Național „Mircea cel Bătrân", Liceul „Tomis" din Constanța, Colegiul „Petru Rareș" din București.** S-au recoltat informații și date de la conducerea acestor colegii și licee precum și de la studenții care sunt cazați în zona Grozăvești, pentru alcătuirea lotului de subiecți. În prezent deținem datele de răspuns prelucrate de la 2 tipuri de chestionare efectuate pentru 620 de elevi și studenți din București, Constanța și Timișoara.

Observații: Dorim să arătăm că studiul nostru pe acest eșantion reprezentativ de 620 de subiecți, nu s-a putut termina în câteva luni, cum am prevăzut inițial, care ar fi foarte scurt ca perioadă de surprindere, chiar tangențială, a fenomenului consumului de drog în desfășurarea lui obișnuită.

Un alt volum de muncă, de cca. 12 luni, s-a consumat pentru pretestarea itemilor care alcătuiesc cele 2 chestionare bazale, de investigație psihosocială.

După nenumărate întâlniri cu elevi, studenți,, psihologi, cadre didactice din licee, reprezentanți ai Poliției Municipiului București, asistenți sociali, medici din rețeaua de psihiatrie și din cea de asistență medicală a familiei, ca și cea școlară (medici de medicină generală din școli) etc., am reușit să selectăm și pretestăm un set de circa 100 de itemi în primele 2 variante pentru alcătuirea chestionarelor. Pe de altă parte, aceste discuții – întâlniri de tip inter-disciplinar (cu specialiști din domeniul învățământului, psihologia sănătății, prevenirea bolilor grave, combaterea criminalității etc.), au fost extrem de necesare pentru a putea gândi măsuri de eficientizare a tehnicilor de prevenire și – sperăm – de reducere a consumului de alcool și drog la tineri și adolescenți.

După discuţii concrete şi eficiente, cu o serie de persoane care se preocupă de sănătate, combaterea consumului de droguri, adaptarea tinerilor la cerinţele vieţii şi învăţământului modern am reuşit să avem date despre:

• cunoaşterea în „macro", atât a problematicii extrem de vaste şi complicate a consumului de droguri – în rândul tinerilor – , ca şi

• o primă formă (perfectibilă) a metodologiei ce poate fi utilizată la noi în ţară, pentru investigarea celor care se droghează.

Întrucât efectuarea investigaţiilor elevilor din Colegii şi licee, ca şi a studenţilor ce au participat individual la programul nostru, s-a extins pe mai mulţi ani, am apreciat la jumătatea perioadei de timp că trebuie să luăm în consideraţie experienţa în acelaşi domeniu a colegilor noştri (psihologi şi medici) din centrul Universitar Timişoara. Noi am încercat să percepem direct modul de comunicare, interrelaţionarea subiectului cu psihologul, cu medicul, cu asistentul social etc. La Timişoara, s-a cristalizat deja o experienţă a consumatorilor de alcool şi drog, toate gravitând în jurul Catedrei de Psihologie din Universitatea de Vest, în Universitatea „Tibiscus" şi mai ales a Clinicii de Psihiatrie – Compartimentul „Psihiatria şi Psihologia Adolescentului".

Considerăm că experienţa extraordinar de bogată acumulată nu se rezumă doar la un mod de conduită, la editarea unei cărţi şi la elaborarea unui ghid care să prelucreze chestionare special imaginate.

Menţionăm că a trebuit să purtăm o serie de discuţii la diverse niveluri, atât în ţară cât şi în străinătate, pentru că altfel, în această delicată problemă a drogurilor, din care unii câştigă extrem de mult, am fi putut rămâne într-un fel de „dialog al surzilor".

Prelucrarea efectivă a informaţiilor culese s-a realizat în vederea identificării:

A. *itemilor caracteristici* – etiologici ai tentaţiei consumului de alcool şi drog;

B. *itemilor colaterali* – circumstanţiali, care pot influenţa consumul şi determina dependenţa.

La un fel de răscruce din drumul nostru, credem că am încercat şi sperăm că am reuşit să ne conturăm un set de cunoştinţe, un set de

abilități de intercomunicare cu subiectul consumator de alcool și drog în exces, dar și cu alte persoane din jurul nostru: părinți, profesori, medici, psihologi de consiliere și orientare școlară etc.

Ne-am propus să defrișăm domeniul acesta atât din punct de vedere al cunoștințelor de psihologie diferențială, de psihopatologie, de psihologia personalității, de psihiatrie – fapt care s-a realizat și care a făcut posibilă conturarea unei experiențe în acest domeniu.

Ca urmare a vizitelor la Constanța, s-a realizat o legătură directă cu profesorii, directorii de colegii și licee, cu medici, dar și cu elevii care, ulterior, au participat la investigare. În etapa aceasta la fel s-a procedat și în București și Timișoara.

Menționăm că pentru București, documentarea și investigarea au fost și sunt continuate și în prezent.

În runda a II-a, a deplasărilor noastre în țară, s-a efectuat administrarea de chestionare, discuții cu elevii, profesorii, medicii etc. Abia în runda a III-a – la Timișoara și apoi la București, am realizat activități de tip **focus-grup**, doar cu subiecții care au dorit acest lucru, la care au participat doar 1-2 din colaboratorii-specialiști au fost activități discontinue, dar care s-au efectuat în tranșe de minimum 14 zile, timp de 2 ore pentru o ședință.

Fără să considerăm total definitoriu efortul nostru în acest sens, exemplificăm cu 4 postere realizate în cadrul **Centrului de Cercetare și Consiliere Psihologică „Adolescentul de mâine"** de elevii participanți la focus-grup (vezi anexe).

Noi am acumulat experiența necesară, am deprins un mod specific de realizare a interviurilor (structurat ca un ghid) cu persoane care se drogau în acest interval (septembrie 1999-aprilie 2003). Credem că obiectivele noastre au fost atinse cantitativ, dar mai ales calitativ, pentru faptul că am apreciat cu maturitate când și cum putem să ne raportăm la realitățile noastre și ale altora, în problema drogurilor și consumului de alcool în exces, la adolescenți și tineri.

În prezent, din cercetarea internă, avem datele necesare pentru finalizarea unui ghid-îndrumar pentru elevi și părinții ai căror copii consumă alcool și drog. Practic, noi dorim să implementăm un **program care să cuprindă generic măsuri de intervenție în plan**

individual și comunitar prin încercarea noastră de standardizare a interviurilor, anamnezei, măsurilor de psihoterapie, ca și a legăturilor necesare de stabilit și dezvoltat cu familia, cu societatea civilă.

Continuând acumularea de date, de informații statistice din țară și din străinătate, colaborând cu specialiști din București, Timișoara, Constanța, Cluj etc., am considerat că putem face deplasări de documentare în țările care au o mare experiență în cunoașterea problematicii drogurilor, a modalităților psihoterapeutice de intervenție și investigație pentru estomparea viciului și de păstrare a unor indicatori de relativă normalitate la cei foarte tineri și care încep să consume marijuana, haşiş, alcool, ecstasy .

Experiența din țările cu „vechime" în managementul psihologiei consumului de droguri și a combaterii lor, ne-a permis revenirea în țară cu numeroase „deschideri" privind abordarea persoanelor drogate. În timp record am reușit să vizităm clinici de detoxifiere la Utrecht, Louxembourg, Bruxelles și Amsterdam și am purtat discuții cu medicii, cu psihologii, dar și cu studenții, cadrele didactice tinere, asistenți sociali din Luxembourg angrenate voluntar în proiecte de studiere a populației tinere care se droghează.

Etiologia care stă la baza tentației de a consuma alcool și droguri în Olanda și Belgia, apoi a consumului în exces încât, chiar la vârste tinere apare dependența, este *diferită de factorii etilogici din România, motivațiile sunt diferite,* dar se degajă unele aspecte comune în țările avansate și la noi.

Datorită informațiilor culese în aceste vizite în Belgia, Olanda, Luxembourg (acțiunea „La Cammionette"), s-au respectat obiectivele propuse, dar care prind contur în țară pentru că în termenele propuse putem introduce până în octombrie-noiembrie 2008-2009 un sistem de consiliere și intervenție ameliorativă a tinerilor consumatori de drog și alcool din București, Constanța, Timișoara. (activități deja în derulare)

Pentru ca o nouă *linie de înțelegere și de abordare multidisciplinară* să se clarifice și să devină viabilă, noi vom ilustra cu experiența dobândită în țară și străinătate editând broșuri în următorul interval de timp și un ghid pentru părinți.

Efectele studiului întreprins de noi s-au evidențiat și concretizat prin cunoașterea în detaliu a problematicii pe care o ridică tentația consumului de alcool în exces și a consumului de droguri ilicite.

Noi am identificat un set din principalii factori care determină adolescenții și tinerii să consume alcool și drog și vom continua să reintrăm în licee, Colegii din București și provincie pentru a generaliza și eventual standardiza modul de abordare a acestor persoane. Este extrem de important ca datele pe care le deținem privind experiența belgiană și olandeză să poată fi bine și corect cunoscută în România, iar experiența românească să fie evaluată și etalonată pentru studii ulterioare.

Întâlnirile cu factorii de conducere din domeniul prevenirii și estompării consumului de alcool și drog din Olanda și Belgia ne-au sugerat că aceștia, după 15-20 de ani de experiență acumulată (concretizată în volume, ghiduri, broșuri etc.) au ajuns la concluzii viabile. Este cazul să stabilim contacte directe la nivel universitar cu Institutul de profil din Amsterdam și Centrul Regional European, în care a fost inclus un proiect coordonat de Maurice Galla și în care ar trebui să ne străduim să fie admisă și România.

Ca o propunere concretă, cu scop de intervenție la nivel comunitar și nu doar individual sugerăm că Universitatea din București, ar trebui logistic (la nivel academic), să înceapă să realizeze un dialog concret între specialiști și persoanele consumatoare de droguri. S-a observat, din multiple încercări, că aceștia au o mare inerție față de comunicarea lor cu psihologul, medicul și oricum nu agreează să intre în spital, preferând spații ca facultate, cantină, club, discoteci etc.

Perspectivele studiului. Există multe dovezi concrete care ne dovedesc un APETIT DEOSEBIT AL ADOLESCENȚILOR/TINERILOR de a discuta problemele lor cu un consilier, în schimb, de cele mai multe ori nu acceptă să o facă la ei acasă cu părinții.

Adesea, stigmatizați ori etichetați de părinți, vecini, de societate, în genere, cei care consumă droguri (ilicite și licite) câteodată și în combinație cu alcool și medicamente – FIINȚE FRAGILE CA STRUCTURĂ PSIHICĂ peste care se supraadaugă factori diverși conjuncturali au nevoie de toleranță, de comunicare și de multă încredere în ei de la alții încât să coopereze pentru decizii pozitive în

ceea ce îi privește. S-a constatat că, de cele mai multe ori este dificil de realizat acest tip de conexiuni, de comunicare flexibilă, empatică, tolerantă.

De aceea, într-o strânsă intercomunicare a Universității din București, a Ministerului Educației și Cercetării și Tineretului (pentru că Direcția Învățământului Preuniversitar conștientizează că elevii sunt cei mai mulți dintre consumatori, prin imitație, fie sunt manipulați de către „iscusiți" dealeri etc.), dar și a Ministerului Sănătății și Familiei, precum și a I.G.P. prin Direcția de Combatere a Crimei Organizate și a Drogurilor, s-ar putea realiza, concret, un DEPARTAMENT VIABIL DE CUNOAȘTERE A PROBLEMATICII și de influențare a unor comportamente mal-adaptative.

Ar trebui să încercăm într-o manieră adecvată să-i determinăm pe tineri să nu mai consume, chiar dacă renunțarea este infinit mai greu de identificat în practică întrucât aceștia promit, și de multe ori mint, fură și nu renunță la „nirvana", adesea aceasta fiind „procurată" ca fiind marijuana, haşiș, ecstasy etc.

Totodată trebuie să arătăm ca există încă extrem de multă inerție în unele școli, facultăți pentru a discuta asemenea probleme, de intervenție crescută.

Există un foarte mare dezinteres pentru acțiunile de tip informativ-preventiv chiar din partea părinților care nu vor sau nu pot conștientiza pericolul și drama pe care o trăiesc, uneori, fiii, fiicele lor.

Aceste acțiuni trebuie susținute pentru intervenția conjugată a specialiștilor, familiei și comunității.

Este nevoie ca la nivelul Facultăților de Psihologie din Universitatea din București să fie introduse noi cursuri, privind „Psihologia și Psihoterapia în materie de droguri", pentru a-i familiariza pe studenți dar și pe doctoranzi, masteranzi, cu această dificilă și complexă problematică în care vor fi solicitați, cu siguranță, în viitorii 5-10 ani.

Propunem ca în plan apropiat să se procure și multiplice materiale de informare științifică și să se realizeze colaborări interdisciplinare în București sau oriunde în țară.

BCU MASTER UNIVERSITY LIBRARY

Cap. XI. CONSUMATORUL DE DROG – ÎNCERCARE ŞI SCHIŢARE A PROFILULUI PSIHOLOGIC

Psihozele toxice ocupă un loc special în grupa tulburărilor psihopatologice, în această categorie fiind incluse afecţiunile neuropsihice datorate unor intoxicaţii cronice voluntare ale sistemului nervos central, cu substanţe care trezesc apetenţa şi/sau obişnuinţa, creînd, în felul acesta , o stare de dependenţă a bolnavului, necesitând un aport continuu şi crescut de substanţă toxică.

Consecinţa utilizării alcoolului sau drogurilor este extrem de nocivă şi variată pentru individ. Dependenţa de toxic produce grave degradări ale personalităţii în plan psihic, complicată cu tulburări neurologice şi somatice, la acestea adăugându-se modificări de comportament, dar şi a relaţiilor sociale. Individul se izolează de societate adoptând un comportament de dependenţă sau de tip sociopatic antisocial.

În încercarea noastră de a concretiza şi transmite experienţă în acest domeniu, am presupus că persoanele care consumă drog pot obţine scoruri înalte la mai multe scale clinice adaptate după MMPI.

Consumul de drog, probabil, apare ca o încercare de a depăşi starea de depresie şi insecuritatea personală. O structură labilă şi vulnerabilă găseşte în consumul de substanţe psihoactive un refugiu, o pseudomodalitate de a-şi asigura confortul psiho-afectiv extrem de necesar, indiferent de vârstă, sex, pregătire socio-profesională.

Tendinţele depresive şi instabilitatea emoţională sunt în strânsă legătură cu o suspiciozitate exagerată faţă de ceea ce se întâmplă în jur, proiectând propria nesiguranţă şi îndoială faţă de capacitatea de adaptare la cerinţele sociale asupra celor din jur.

BCU "Ovidius" Constanța

Ca o reacție la această suspiciozitate și interpretabilitate exagerată, persoanele care consumă drog preferă să nege și să încalce în mod repetat normele sociale. Tânărului drogat îi este imposibil să-și adecveze comportamentul normelor grupului social exterior lui. Și, pentru a nu accepta faptul că aceste norme li se par prea „înalte" pentru a le respecta, preferă să le devalorizeze în vederea menținerii aparente a nivelului autostimei.

Dar, în același timp, consumatorul de drog resimte o anxietate pronunțată și o lipsă de resurse pentru a continua să lupte împotriva propriilor vulnerabilități și a etichetării celor din jur.

Subiectul nostru consumator pendulează permanent într-o realitate amenințătoare care impune norme și reguli la care nu se poate conforma și o lume ireală dar confortabilă, de moment, pe care i-o oferă „pilula fericirii".

În aceste condiții nu este decât un pas până la dezintegrarea destul de profundă a personalității – până la dizarmonie.

Consumul de drog întrerupe comunicarea cu o lume indezirabilă, din punctul lor de vedere, și cu oameni considerați conformiști și rigizi, alegând să întrețină relații doar cu aceia care fac parte din grupul lor și care consideră că îi pot înțelege și îi acceptă necondiționat.

Exemplificăm cu un caz care tindă să devină tipic: M. V., 18 ani, toxicoman. la întrebarea: „Cei din jurul tău cum au reacționat la această schimbare?", răspunde: „Au început să mă evite", iar la întrebarea: „Relațiile dvs. cu părinții sunt bune?", răspunde: „Nu, de când consum droguri".

În aceste condiții se ajunge la un comportament rigid, stereotip, de respingere a oricărui mesaj venit din exterior și perceput drept intruziv.

„Singurătatea și angoasa fac, de regula, „casă bună" și antrenează multe persoane pe calea sinuciderii. Consumul de droguri nu este decât tot o sinucidere, în mai multe etape, un fel de *sinucidere în serial*" (R.H.A. Carter, *apud* J. Drăgan, 1994).

Toxicomanul are constant *sentimentul că este altfel decât ceilalți*; conștiința că experiența lui este „unică" îl va face să afirme frecvent față de ceilalți: „Tu nu știi cum este".

Ambivalența, duplicitatea sunt trăsături care pot fi distincte la persoanele care consumă drog. Ei vor avea nevoie în permanență de părerile și suportul celor din jur, temându-se, în același timp, de blamul sau critica altora. Faptul că cei din jur întreține sentimentele de vinovăție și de autoacuzare ale toxicomanului este de domeniul evidenței. „Imaginea de sine atribuită lumii" este o componentă de bază a identității de sine, distorsiunea la nivelul acesteia, accentuând perturbările în planul autoevaluării. Oamenii aflați în vecinătatea toxicomanului, îi vor spune celui în cauză lucruri pe care aceste nu ar trebui să le audă, de genul: „Ești irecuperabil", „Ești complet neajutorat" sau „Viața ta scapă de sub control".

Din această perspectivă, tânărul toxicoman va ajunge la o *teamă de atitudinile critice și furia celorlalți.*

Suspiciozitatea este o altă caracteristică manifestată de toxicomani. *Irascibilitatea, impulsivitatea, neliniștea, explozivitatea* sunt frecvent întâlnite în comportamentul lor. Cauza acestor manifestări rezidă în *labilitatea dispoziției* și contribuie la COMPORTAMENTUL VIOLENT pe care toxicomanul îl performează în anumite situații.

Dificultatea de a stabili relații durabile și benefice cu alții, incapacitatea de a mai recunoaște și afișa un comportament „normal", incapacitatea de a găsi alternative situației existente, constituie aspecte care vor defini comportamentul consumatorului de drog.

• *Confuzia și sentimentul inadecvării, sentimente de teamă, insecuritate, vinovăție, durere și rușine,* sunt aspecte mai mult sau mai puțin recunoscute de cel în cauză, dar detectabile la nivelul personalității sale. Acestea pot fi subsumate *anxietății* și *depresiei,* prezente în principal la consumatorii de drog frecvent și cronic.

• Toxicomanul este *dependent de altul* și manifestă *teamă de abandon.* Persoanele foarte apropiate îi pot oferi aprobare și confirmare, aspecte căutate în mod constant de către cei care nu și-au finisat procesul configurării identității de sine.

S-a observat că, reactivitatea subiecților obiectivată în tendințele psihopatologice corelează, de asemenea, cu înclinația spre comportament deviant, nevroticism și psihoticism, acestea fiind obiectivate cu

ajutorul Chestionarului de Personalitate EPQ. Corelațiile obținute vin să confirme faptul că persoanele care consumă droguri au o structură instabilă, fragilă, caracterizată prin treceri bruște de la o stare afectivă la alta – „virajul afectiv" – ca și incapacitatea de adaptare la cerințele sociale. De aceea, conduita lor poate fi catalogată drept antisocială, impulsivă, cu note de tip nonconformist, uneori dus in extremis, (în legătură, probabil cu o ideație de tip paranoid.

Din rândul lor pot fi recrutați viitori delincvenți, ale căror comportamente pot deveni violente, agresive. Actul infracțional face posibilă achiziționarea drogului, iar imediata vecinătate a mediului infracțional contribuie la menținerea viciului.

Preocuparea care, deși tăinuită, pare să fie pe primul loc în activitatea toxicomanului, este aceea a traficului de droguri. Spitalul ca și penitenciarul, pare să prilejuiască celui în cauză o mai bună „instruire" în legătură cu afacerile ilicite cu droguri. Discuția despre „marfă" este singurul subiect care îi interesează pe cei internați la dezintoxicare.

Trebuie avut în vedere și faptul că drogul provoacă individului o scădere a puterii de înțelegere a situației în care se află, fapt ce va conduce la o reactivitate exagerată și inadecvată. În aceste condiții, cel în cauză va încerca să-și procure doze prin orice mijloace, acționând fără scrupule. Există situații, din nefericire destul de frecvente, în care tânărul toxicoman fură mari sume de bani de la părinți sau vinde lucruri din casă pentru a-și procura droguri.

Astfel, el este conștient, într-o oarecare măsură, că drogul conduce de fapt către autodistrugere, dar va continua consumul. Justificarea perpetuării acestui comportament se face prin invocarea exemplelor de prieteni care consumă și nu au ajuns la dependență. Toxicomanul își va demonstra astfel că efectul drogului nu poate fi chiar atât de nociv. De aceea el îi va evita treptat pe toți aceia care îl blamează pentru condiția în care se află. Experiența sa va fi considerată ca unică și incognoscibilă de către ceilalți și în acest raport cu persoanele aflate în aceeași stare.

Dependentul apreciază că societatea îl determină să fie „singuratic", „fără dorința de a se afirma", „interiorizat", „fără voință", „trist", „timid", „slab", „calm", „plictisit", „melancolic" „depresiv".

• De cele mai multe ori, toxicomanul consideră că este „sufletist, chiar foarte....", „milos", „înțelegător", „afectuos", „dornic de a-i ajuta pe ceilalți", „bun", „milostiv", „generos","cu suflet bun", „darnic", „altruist", dar, adesea, acestor atribute la sunt asociate afirmații precum: „cu cine merită", „atunci când trebuie", „până când nu sunt enervat", „sunt și rău", - toate fiind autoaprecieri.

• Alte atribute folosite pentru a se defini toxicomanii sunt: „strengar", „neserios", „creativ", „liber", „spontan", „jovial", „șmecher", „sociabil", „superficial", „pungaș", „egoist".

• Aceşti subiecți gândesc în termeni de probabilități, dar pe termen scurt. În concepția lor, este preferabil, cu șansa unei mari posibilități să obțină **plăcere imediată oferită de drog,** decât să-și înfrâneze aceste dorințe, la gândul unor **beneficii îndepărtate**.

• Ancorați în concret și în prezent nu par dispuși să-și suprime plăcerile imediate, în favoarea unor „câștiguri" nesigure și greu de demonstrat în planul sănătății fizice și psihice viitoare.

• Consumul de drog îi ajută să depășească nesiguranța și anxietatea printr-un „comportament radical", teribilist, care, dincolo de a le rezolva problemele, este autoamăgitor.

• Prin acte violente, chiar demonstrative, în fața celorlalți, toxicomanul încearcă să se convingă, de fapt, pe el însuși, că este puternic și curajos, întrucât își permite să încalce normele sociale și să își asume responsabilitățile ce decurg de aici. În realitate, consumatorii de drog nu își asumă responsabilitatea propriilor comportamente, fiind de ceea ce Dejours (2003) numea: *„strategie cu vocație defensivă"*, ei sunt dintre persoanele cu nivel foarte scăzut de autostimă.

• În opinia lor, probabilitatea unor prejudicii personale datorate drogului, este mai mică în raport cu insatisfacția pe care ar resimți-o prin efectuarea unor comportamente conformiste.

• Când anxietatea și depresia nu sunt supracompensate prin bravade și comportamente chiar aberante, apar adevăratele vulnerabilități și îndoieli în legătură cu propria persoană.

• Pe acest teren instabil pot apărea cu ușurință tentative suicidare. În acest context se poate vorbi, ori de tentative veleitare cu scopul de a atrage atenția celorlalți și de a se valoriza într-un mod extrem,. ori de încercări de a evada dintr-o realitate percepută ca fiind mult prea constrângătoare pentru ei.

D	2.47
Fe	2.66
H	2.93
Hy	2.04
L	8.16
Pa	2.86
Pd	2
Pt	3.2
Sch	2.53

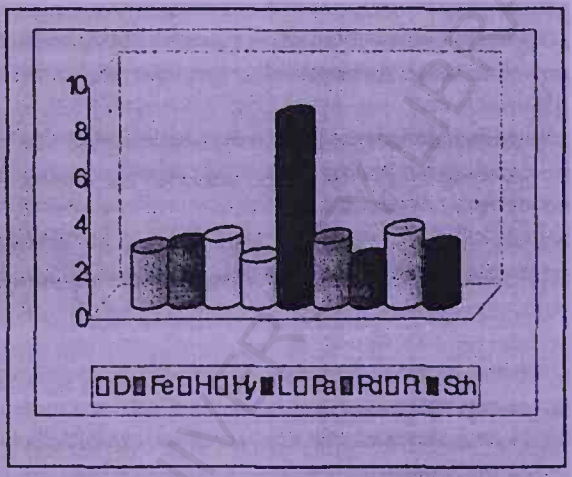


Figura 12. Mediile tendințelor psihopatologice pentru întreg lotul

N	12.2
P	8.91
C	15.78
Anx	28.88

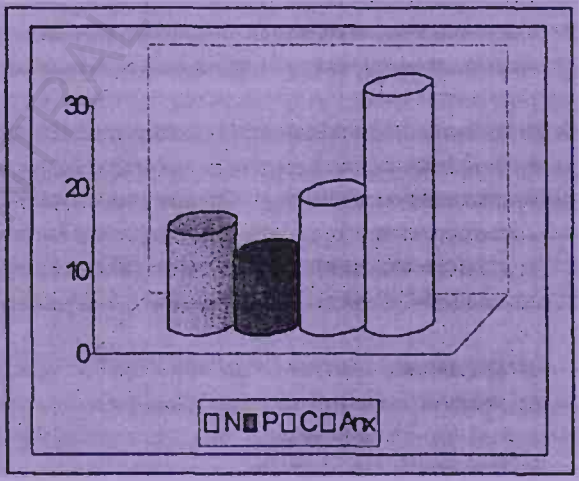


Figura 13. Mediile EPQ pentru lotul de subiecți

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Noi am anticipat prin ipotezele studiilor noastre dar și ale altora, că odată cu mărirea consumului de drog, tendințele psihopatologice se accentuează. Departe de a fi o rezolvare a problemelor cu care se confruntă subiectul, consumul de substanțe psihoactive accentuează *derapajul* spre patologic.

Dacă la început drogul este utilizat pentru a depăși stările de *depresie, îndoială, incertitudine, sentimentele de incapacitate, neînțelegere și insatisfacție, chiar dezamăgire,* odată cu trecerea timpului, *acest comportament se stereotipizează,* rigidizează, individul ajungând nu numai la o dependență psihosocială de drog, conceput ca unică soluție, ci și la dependența fiziologică.

În această stare *afectivă, insatisfacția devine organică.*

În condițiile în care subiectul a devenit dependent, simptomele somatice apărute ca urmare a lipsei drogului sunt foarte puternice, iar individul ar avea nevoie de foarte multă *forță internă* pentru a le putea depăși.

Și dacă nu a reușit să răspundă adecvat, să facă față într-un mod competitiv cerințelor și regulilor de comportament impuse de societate, cu atât mai puțin ar putea să depășească cerințele sociale și fiziologice cumulate. Singurul mod în care poate continua este perpetuarea comportamentului *gratifiant pe moment* și încercarea de *distorsionare tot mai accentuată* a evaluărilor legate de realitate și față de propria persoană.

• În acest sens, lumea înconjurătoare va fi percepută tot mai ostilă, va fi investită cu propriile gânduri și sentimente negative cu frustrări.

• Simțindu-se neînțeles, aspru judecat și condamnat de cei din jur, se condamnă singur la izolare, se închide în propria carapace. Această mască ascunde bine slăbiciunea și neliniștea interioară, și singurele aspecte exteriorizate în mediu sunt DEMONSTRAȚII DE FORȚĂ ȘI VIOLENȚĂ.

Negând și devalorizând orice alternativă venită din exteriorul grupului deviant își limitează șansa de a găsi noi soluții adaptative. Registrul său comportamental devine îngust și stereotip.

Cu cât apelul la drog, ca modalitate de resimțire a plăcerii, într-o lume iluzorie este mai frecvent, cu atât desprinderea de realitatea

obiectivă este mai puternică, distorsiunile sunt mai evidente şi discordanţele mai pronunţate.

Constatăm că tendinţele spre un comportament de tip nevroticist deviant şi psihoticism, evoluează concomitent cu creşterea consumului de drog.

Instabilitatea generală din plan psihic este dublată, pe măsura creşterii frecvenţei consumului de drog, de o instabilitate în plan comportamental. Trecerile de la o stare de disconfort, la una de satisfacţie sunt condiţionate sau asociate cu trecerile de la abstinenţă la consumul de drog.

Pe măsură ce dependenţa se instalează şi se accentuează tendinţa de a face o distincţie netă „în grup" – „în afara grupului/în afara grupului" devine mai pregnantă.

Consumatorii de drog adoptă „normalitatea" grupului deviant, care este atât grupul de apartenenţă cât şi cel de referinţă. Înclinaţia de polarizare a lumii şi a regulilor care o guvernează se accentuează. Ca urmare, *comportamentul* impregnat de regulile şi principiile grupului deviant, nu va putea fi altfel decât *antisocial, nonconformist*. Dar, ceea ce pentru componenţii acestui grup constituie o soluţie optimă, o inovaţie, chiar este de fapt o *autocondamnare la distrugere.*

Odată cu permanentizarea comportamentului de consum exagerat de drog, creşte şi toleranţa la frustrare. Dacă un consumator ocazional tolerează mai greu etichetările şi remarcile percepute drept acuzatoare ale celor din jur, odată cu trecerea timpului se realizează un fel de *imunizare* la acest gen de *stres or stresor psihosocial.*

Este demonstrat deja la nivelul necunoştiinţelor că în timp se „tocesc" receptaculele sociale se aplatizează sensibilitatea la reacţiile celor din jur.

Toxicomanul consideră că dependenţa de drog se datorează societăţii; el atribuie „vina", rând pe rând, cauzelor psihologice, factorului economic, condiţiilor precare ale existenţei, greşelilor părinţilor, lipsei susţinerii partenerului de viaţă etc.

Nimeni nu consumă droguri pentru a ajunge dependent de ele. Uneori, începutul poate fi făcut prin prescrierea în scop terapeutic a unui somnifer sau a unei substanţe psihotrope. *Presiunea grupului, curiozitatea, urbanizarea, şomajul, ignoranţa, alienarea, modificarea*

structurilor sociale, sunt FACTORI care pot declanșa irepetabilul. Pentru un individ care se simte izolat în familie, într-un grup sau comunitate, drogul poate constitui un refugiu temporar dar tragic. Dacă se modifică structurile sociale care au constituit sprijinul unor membri ai societății, unii dintre ei pot fi incapabili să se adapteze și vor căuta un liman de relaxare , plăcere și abandon, fie și în droguri. Exodul către lumea orașelor, în căutarea unei vieți mai ușoare, distrugerea celulei familiale sau diversele probleme familiale pot împinge anumite persoane către consumul de droguri.

Cel incapabil să se adapteze la lumea reală, la aspirațiile sale , își creează o lume de vis în care speră să-și împlinească destinul. Fenomenul de grup care se manifestă frecvent în mediul școlar determină imitația și atunci, copiindu-și „eroul", tinerii și adolescenții recurg la drog.

Să reținem, totuși, PRIMATUL FACTORULUI PSIHOLOGIC asupra tuturor celorlalte aspecte care pot împinge o persoană spre consumul de droguri. Acesta își selecționează victimele dintre cele care sunt subiect de risc, din acest punct de vedere, prin predispoziția lor organică. Astfel, *noi nu suntem egali în fața drogurilor,* pentru unii indivizi vor trece luni de zile până când vor deveni dependenți, în timp ce alții devin de îndată toxicomani și apar credințe care diferențiază subiecții, deși generic sunt multe elemente comune prezente.

Așa cum am anticipat la început, cel care experimentează consumul de substanțe psihoactive se teme de reacția celor din jur, de retragerea suportului afectiv al acestora, și preferă să țină „secret" modalitatea de procurare a plăcerii nou descoperită.

Dar, pe măsură ce frecvența consumului crește, pe măsură ce viitorul dependent se integrează în grupul deviant și se accentuează dependența fiziologică – *disperarea și descurajarea* – în fața dificultăților amenințătoare care se anunță, *se accentuează, consumul de drog care este perceput drept unică soluție acceptabilă și salvatoare.*

În aceste condiții interesul scade pentru ceea ce se întâmplă în jur, pentru reacțiile unor oameni „incapabili să-l înțeleagă" sau să îi furnizeze soluții mai bune, oricum viabile, adaptative la persoane... și la evitarea consumului.

Toxicomanul preferă să se simtă bine în lumea şi în grupul lui, cu riscul de a fi exclus, eliminat din rândurile „majorității oamenilor normali, adaptați".

Dacă la început îi era teamă să declare că ar fi consumator de drog, în fazele avansate ajunge să promoveze această soluție. În același timp el încearcă să-i convingă pe alții că aceasta ar fi „cheia fericirii".

Se face, de obicei, afirmația că o persoană drogată atrage la consum, în medie, lunar, 3-5 persoane. Această proliferare în stilul progresiei geometrice, îngrijorează la maximum , dacă se face un calcul, raportat la o perioadă de timp relativ scurtă.

J. Drăgan (1993) aprecia că „o comunitate în care la un moment dat pot fi numărați 10 consumatori de droguri ce şi-au căutat adepți, numai în 3 luni, respectiva comunitate va fi confruntată, peste 2 ani, cu 1280 de drogați, dacă autoritățile nu au intervenit la momentul oportun".

Inițial, în aproape toate situațiile, drogul este consumat în grup, pentru ca ulterior toxicomanul să dorească să se bucure de „doză" în solitudine. Calea cea mai frecvent folosită rămâne consumul în grup şi aceasta din mai multe motive:

a) procurarea drogului se face mai uşor;
b) dozele pot fi împărțite între membrii grupului, în condițiile în care unii nu dispun de bani;
c) îşi pot masca viciul față de alte persoane care i-ar putea descoperi;
d) îşi pot împărtăşi unul altuia impresiile după ce au consumat droguri.

Contextul social şi grupul de prieteni pot fi factori declanşatori şi agravanți în orice toxicomanie.

Aceştia sunt importanți în debutul consumului de drog, pentru ca ulterior *drogul să devină prietenul cel mai bun* sau să facă obiectul preocupărilor comune al mai multor indivizi (din grup).

Chiar dacă toxicomanul are şi prieteni care nu consumă droguri, aceştia din urmă îi vor induce sentimente de culpabilitate sau de ruşine, care vor accentua cercul vicios al consumului de drog. Toxicomanul înfruntă, de multe ori, afirmații de tipul „Eşti irecuperabil", „Nu ai nici o şansă", afirmații pe care le va internaliza şi care vor contribui la reducerea motivației împotriva consumului de drog. Există însă şi situația, care la prima vedere pare mai fericită, a prezenței unei

persoane apropiate ce nu consumă droguri și care caută să fie un sfătuitor. Posibilitatea ca cineva să stea lângă „un drogat" îi creează celui în cauză serioase suspiciuni, ce vor fi consolidate atunci când persoana apropiată va renunța la a oferi suportul afectiv. Drogul devine treptat prietenul cel mai apropiat al toxicomanului, iar preocuparea pentru obținerea acestuia îi va subordona treptat eventualele activități de timp liber sau hobby-uri existente anterior.

Contagiunea este fenomenul cel mai bine reprezentat în grupurile de apartenență ale toxicomanilor. De asemenea, consumatorul de drog poate fi acuzat de un oarecare prozelitism. Chiar dacă, pe de o parte, SE ASCUNDE DE CEILALȚI (familie, rude, prieteni neconsumatori și alte persoane) de teama de a nu fi descoperit, pe de altă parte, are tendința de a-și FACE NOI ADEPȚI, acolo unde crede el că poate avea succes. Uneori realizarea coruperii altor persoane se transformă în titlu de glorie pentru toxicoman.

Se poate realiza însă o disociere între motivele care determină primul consum și cele care determină perpetuarea consumului. În acest caz, frecvent invocata **curiozitate și tendința de imitație**, pot fi atribuite numai primului contact cu drogul. Ulterior recidiva poate fi pusă pe seama particularităților farmacologice ale substanței respective, a personalității toxicomanului, dar și a factorului social.

Toxicomanii din România recurg la drog în condițiile în care dispun de banii necesari pentru procurarea acestuia. Întreținerea viciului este destul de dificilă ținând cont de faptul că un gram de heroină costă între 350-400 mii lei și prețurile cresc mereu. Dependența de heroină, odată intervenită, îl va conduce pe toxicoman la găsirea de noi mijloace de procurare a „mărfii". Acest lucru are consecințe sociale foarte grave, riscul de a comite acte infracționale crescând extrem de mult la tineri și adolescenți.

Contextul social al consumatorului de drog este un factor semnificativ al recidivei toxicomaniei. Drogul consumat inițial din curiozitate, din teribilism sau din dorința de a experimenta senzații „tari", îi va induce toxicomanului o stare de tensiune, conflicte interioare și va determina renunțarea la alte activități. Degradarea evidentă a

vieții profesionale și sociale a toxicomanului, va fi un argument în plus pentru identificarea sa cu ROLUL SOCIAL DE DEPENDENT. Rolul de dependent implică creșterea nevoii de drog. La rândul ei, nevoia de drog va conduce la căutarea acelor cercuri de indivizi în care este disponibil drogul, ieftin ori foarte ușor de procurat.

Motivul „revoltei față de familie, societate, legi, ca elemente opresive", reprezintă un factor cu care tinerii mai instruiți își justifică abuzul de drog.

Reveria, fuga de realitate incluse de efectele consumului de drog, fac uneori din individ SCLAVUL NEVOII DE CONSUM. Nevoia imperioasă de drog va căpăta ulterior o oarecare autonomie, dobândind puteri acaparatoare.

De cele mai multe ori dependentul de drog trece prin consumul sau abuzul unor droguri legale: tutunul și alcoolul. Din punct de vedere psihopatologic, **personalitatea alcoolicului** este caracterizată prin:

- slăbire forței morale;
- tulburări de caracter;
- stări de dezechilibru psihic;
- dificultăți de adaptare și integrare socială;
- tulburări în sfera sexualității;
- constituție de natură psihastenică;
- labilitate emoțională și imaturitate afectivă;
- complexe de inferioritate;
- situații de dependență.

În cadrul acestei abordări trebuie luați în calcul indivizii care fac parte din această categorie: persoane psihopate, encefalopați, persoane cu traumatisme cranio-cerebrale, indivizi având complexe, în special cei care au complexe de inferioritate, persoanele cu handicap sau stigmatizate fizic, persoanele singure, izolate.

Sintetic, toxicomania sau dependența de droguri este o stare psihică și somatică rezultând din interacțiunea dintre individ și un produs psihoactiv specific,având ca urmări tulburări de comportament și alte reacții care presupun o dorință permanentă, continuă sau periodică de a consuma drogul pentru a obține anumite efecte psihice.

În structura **personalității toxicomanului** întâlnim următorii **factori etiopatogenici**:

– curiozitatea, atitudinea obișnuită , de căutarea unor senzații noi, la adolescență;

– atracția exercitată de o plăcere interzisă sau de o practică prohibită de adulți față de adolescenți;

– fascinația legată de percepția unui pericol potențial și care conferă experienței toxicomaniei o valoare inițiatică, înlocuind ritualurile de trecere de la pubertate la adolescență, la vârsta adultă;

– conotația antisocială a abuzurilor de substanțe toxice, de droguri, fapt care dă semnificația unui refuz al valorilor tradiționale, integrându-se într-o mișcare de contestare caracteristică pentru criza din adolescență;

– evaziunea dintr-o lume percepută ca ostilă sau fuga de o realitate considerată ca restrictivă;

– căutarea naivă a unei forme noi de comunicare cu alți indivizi care împărtășesc aceleași speranțe și ideologii contestatare;

– conduita de tip toxicomanie are caracter de provocare, putând constitui o tentativă disperată de a relua comunicarea cu părinții indiferenți sau inaccesibili, datorită principiilor acestora, considerate de tineri, morale rigide ale;

– drogul poate oferi iluzia temporală a unei creșteri globale a performanțelor individului, intelectuale sau a capacității de creație artistică; nevoia de afirmare narcisică prin satisfacerea produsă de efectul drogului;

– compensarea dificultăților unor subiecți de a tolera frustrările, maturizarea lor afectivă și sexuală deficitară.

Motivațiile toxicomanilor sunt reprezentate prin revolta împotriva familiei, transgresiunea interdicțiilor, nevoia unei satisfacții imediate, conduite de refugiu sublimate prin aportul de drog, căutarea exotismului artificial, „depășirea" spațiului și a timpului, a unei realități considerată ca insuficientă, pentru ei, represivă sau inacceptabilă.

Personalitatea acestor indivizi are nivele mentale diferite și ei provin din medii sociale diferite; se întâlnesc adolescenți introvertiți, lipsiți de satisfacții imediate, uneori cu statut de „copil unic" provenind din familii izolate social sau din familii cu probleme, pentru care toxicul este o soluție pasivă pentru problemele lor, o formă de afirmare a personalității, o valorizare în cadrul unui grup care le oferă

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

un anumit grad de egalizare, participarea la o experiență comună, au senzația că acest **drog este unica lor șansă**. Pentru această categorie depersoane, la nivelul structurii intime a personalității toxicomanilor, distingem:

1. dependența afectivă;
2. angoasa de separație;
3. izolare și anxietate resimțită în relațiile cu ceilalți;
4. intoleranța la frustrări;
5. elemente depresive;
6. nevoia inepuizabilă de iubire, aprobare și valorizare;
7. satisfacția imediată a dorințelor;
8. lipsa de încredere în sine și pasivitatea,
9. încăpățânarea și iritabilitate;
10. absența ambițiilor și competitivității folositoare, față de ceva constructiv
11. absența atitudinilor provocatoare și agresive la începutul consumului de drog;
12. timiditate și hipersensibilitate.

Tinerii pot fi, în genere, curioși și foarte labili în opțiunile pe care uneori le fac. Din dorința de a brava, din spiritul de imitație, ori fiind tentați să-și caute un refugiu, cel mai adesea ei merg la prima „întâlnire" cu drogul, dornici de experiențe noi și aventuroase. Consumul de drog „îl seduce" pe adolescent, pe tânăr, ulterior ajungând singura lui rațiune de a mai exista, chiar „zeificându-l", în special pentru obținerea unor stări nemaiîntâlnite anterior și care să-l pună într-o lumină „specială" în fața grupului de prieteni.

BCU IAȘI/CENTRU UNIVERSITY LIBRARY

Cap. XII. PREVENȚIA – CHEIA MAJORĂ ÎN STRATEGIILE CONEXE DEPENDENȚEI DE DROG

Politicile sociale actuale prin accentul pe proiecte şi strategii care îşi propun nu doar să „panseze" răni sociale, cât mai ales să anticipeze conduite şi să determine reacţii, acţiuni pozitive faţă de fenomene dăunătoare, periculoase, veritabile capcane pentru cei neavizaţi.

Departamente, instituţii, centre, ministere cu specialişti şi voluntari, au înţeles că este mai bine, mai ieftin şi chiar mai eficace să se realizeze acţiuni preventive decât să se trateze consumatori cronici şi sunt angrenate oriunde pe mapamond într-o luptă acerbă împotriva cancerului, a bolilor cardio-vasculare, a consumului de alcool, tutun, a dependenţei de drog etc.

Populaţia este cea de la care se aşteaptă răspunsuri la multitudinea de eforturi depuse în acest sens, concomitent cu alocarea de resurse financiare enorme cheltuite. De aceea, nu doar aspectele teoretice sunt importante, cât mai ales ***prevenţia în sens practic***, a perceperii efective a acestei activităţi, a scopului ei şi a experienţei dobândite prin diferite metode de a inocula în mentalul colectiv şi individual dorinţa de cunoaştere, de informare, speranţa de viaţă mai bună, nevoia de sănătate şi igienă, optimism faţă de propriile eforturi.

Comunităţile umane, cu regulile, legităţile, cutumele şi diferenţierile lor pot participa activ sau tacit la promovarea sănătăţii, la derularea unor proiecte şi programe privind dezvoltarea generală normală, cu scopul scăderii morbidităţii şi mortalităţii, a creşterii speranţei de viaţă, a identificării expectaţiilor faţă de societate etc.

Cei angrenaţi în munca de prevenire sunt de regulă specialişti din domenii diferite, dar cu preocupări conexe, ei toţi alcătuiesc o echipă în care PREVENŢIA ESTE DOAR O CHEIE în multitudinea celor existente sau necesare. Grupuri de medici, psihologi, profesori, sociologi,

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

polițiști, jurnaliști, asistenți sociali etc., sunt într-o strânsă cooperare în lupta antidrog, la nivel local, regional, continental și mondial, mai ales când ne referim la consumul de drog la adolescenți și tineri.

• În acest câmp al destinelor colective, ACTIVITATEA DE PREVENIRE A DEPENDENȚEI DE DROG presupune informare, cunoașterea adâncită a realităților, a mentalităților și identificarea alternativelor de intervenție, de influențare, benefică, de tratament.

• Experiențele locale și naționale au o importanță covârșitoare pentru structurarea unor planuri, proiecte, programe și de multe ori asistăm la combinarea acestor seturi de informații, la testarea unor soluții care anticipează practica, viața cu toate fenomenele ei deosebit de complexe.

Numai acțiuni tolerante, cu mare deschidere, bazate pe cunoștințe de tip interdisciplinar, toate gândite unitar, sistemic pot oferi soluții la întrebări care au devenit obsedante pentru părinți, profesori, psihologi, medici.

• Interesant este faptul că din ce în ce mai mult în ultimul deceniu, în România, chiar după 1990 , au început, inițial timid apoi din ce în ce mai concertat să se evidențieze elemente și note care alcătuiesc **fenomenologia dependenței de drog.**

În același timp dorim să subliniem că orice tentativă de prezentare a problematicii drogurilor nu este legată *sine qua non* doar de amploarea și riscul crescut, la tineri și adolescenți, cât de nevoia de informații pertinente, filtrate științific cu adresabilitate mare atât pentru tineri (consumatori sau neconsumatori), cât și pentru părinți, pentru profesori, pentru specialiști, în genere, indiferent de sfera de cunoaștere din care provin.

Experiența unor țări și institute din zone în care consumul și dependența de drog atinge cote alarmante, poate fi benefică României, chiar dacă în țara noastră fenomenul nu are aceeași amploare și gravitate.

De aceea sistemele de informare, prevenție și tratament, în dependența de droguri tind să fie cunoscute, preluate, acceptate ori adaptate la realități diverse, chiar dacă diferențierile socioeconomice și psihoculturale ar impune o PERSONALIZARE, O INDIVIDUALIZARE A ACESTOR TIPURI DE INTERVENȚII.

Ce înseamnă, teoretic și practic a face o muncă preventivă în fenomenul dependenței de drog?

Răspunsul nu este lejer și unitar. El este legat de cunoașterea unor *principii generale* ale prevenției, de unele „puncte cheie" care asigură trecerea de la teorie la practică, la acțiuni concrete, efective.

Astfel, în psihologia sănătății, într-o serie de **programe – model de prevenție** din Europa Occidentală și S.U.A. se accentuează o serie de idei – adevărate chintesențe ale experienței de câteva decenii în prevenție și tratamente alternative în dependența de drog. Între acestea se regăsesc unele comune pentru țări din centrul Europei, S.U.A și Canada.

Vom enumera selectiv un set de asemenea *principii utile* oricărui specialist, oricărei acțiuni *de tip preventiv* la nivel local sau național.

1. Nici o tulburare sau fenomen psihopatologic în dependența de drog nu poate fi combătută doar de medic, psiholog sau asistentul social; în acest fenomen fiind importantă ATITUDINEA și comportamentul specialiștilor pentru ca starea de sănătate să fie consolidată.

2. A face un tratament individual pentru un consumator de drog este o acțiune complexă și dificilă, de aceea este imperios necesar ca politicienii, guvernanții să fie receptivi la *ideea de prevenție*, la alternative de muncă în acest domeniu.

3. Întrucât experiența enormă acumulată de decenii în țări cu mulți consumatori și dependenți de drog arată că nu este ușor să tratezi persoane care consumă droguri legale ori ilegale este de preferat să se facă la nivelul general al societății o serie de *intervenții de tip preventiv*, pentru ca ulterior să se poată institui și un *control eficient.*

4. Pot apărea fenomene negative chiar în acțiunile preventive, pot fi grupuri și persoane dezamăgite de lentoarea instalării unor modificări în atitudini, în self-controlul indivizilor dependenți de drog. Măsurile complexe preventive țintesc reducerea consumului de alcool și alte droguri ca și *combaterea* comportamentelor care facilitează creșterea *tentației de ingestie de droguri.*

5. Experiența din țările cu o lungă istorie în consumul de droguri (licite și ilicite) arată că promovarea unui **corp de voluntari** mobilizează populația cu bune rezultate în prevenție și tratamentul adicției, colaborarea între voluntarii din organizații de tip A.A., N.A., G.A., etc., fiind încununată, de regulă, de succes, la populații din diverse zone ale globului.

6. În acțiunile avizate științific (elaborate în mediul universitar de către diverși specialiști) pe lângă nevoia de cunoștințe ample în

domeniu, *anticiparea pericolelor și ale disfuncțiilor* ce pot apărea – toate prezentate și *expuse public* – s-a constatat că este mai eficient să se aplice în mod practic o serie de măsuri care să aibă la bază informații despre diagnoză și prognoză. Problema prevenției este parte integrantă a procesului amplu de luptă antidrog alcătuit din aceste verigi: *prevenire, diagnosticare, tratament (*cu multiple alternative în plan medico-psihosocial).

7. Contribuția acțiunilor preventive la scăderea numărului de consumatori și de dependenți de droguri „tari", este totdeauna rezultatul interconexiunilor eficiente între PREVENȚIA DROGURI LEGALE (ALCOOL, TUTUN)/DROGURI ILEGALE.

8. Specialiștii din domeniu, mai ales cei din sectorul medical folosesc frecvent termenii de prevenție primară, prevenție secundară și terțiară. Contribuțiile cele mai eficiente se obțin în domeniul scăderii numărului de consumatori dependenți de alcool, tutun și alte droguri, când măsurile gândite sinergic, dezvoltă mai ales *conduitele și comportamentele de tip prevenție primară.*

9. Cel mai adesea, în societățile moderne studiile arată că influența mare (chiar declanșatoare) a grupului este constituită de presiunea pe care acesta o exercită asupra membrilor lui la „startul" în consumul de droguri. Se afirmă că prima utilizare a drogului la tineri (chiar la puberi) este rezultatul „intervenției" (influenței)tentației, inițiativei, plictiselii , dar mai ales a deciziei de a încerca o substanță pentru a fi „la modă" ori „în ton" cu prietenii, cu grupul.

10. Acțiunile preventive se adresează generic populației, dar mai ales tinerilor, dar pe care ar trebui să le cunoască în aceeași măsură și adulții și părinții. Părinții, oricât ar fi de „buni" sau „răi", au rol deosebit în dezvoltarea psihică a vieții copiilor lor. De aceea, ei pot și trebuie să deprindă și să dețină cunoștințe, informații, abilități de conduită moderne, eficiente și mai ales necesare pentru prevenirea consumului de drog. Uneori părinții nepregătiți și foarte ocupați cu problemele lor nu doar își neglijează familia, copiii, ba chiar au atitudini de ipocrizie față de minori, fapt care devine chiar contraproductiv în BALANȚA MEDIU GENERIC SOCIAL FAMILIE.

11. În cele mai multe țări care efectuează cercetări în acest domeniu prevenția începe cu informații despre uz/abuz și mai ales cu accentul pus pe prevenirea debutului în folosirea alcoolului și a

țigărilor (fumatul) știut fiind că tentația, pofta de a consuma droguri ilegale trece prin obișnuirea cu droguri licite – acceptate precum: alcoolul și tutunul.

12. Un material de tip informație pentru prevenție, chiar dacă se referă la **droguri legale ori ilegale** care presupune **pedepse** în anumite condiții, trebuie să îndeplinească anumite criterii. Când sunt respectate **criterii științifice** această complexitate va fi efectivă, pe baza ei se pot efectua practic modificări de atitudine la consumatorii de drog.

Între aceste criterii putem aminti:

a) *Claritatea problemei,* a naturii ei și a domensiunii ei trebuie cunoscute cifre orientative de consumatori, dealeri, tipuri de substanțe utilizate preponderent, zonele de elecție ale consumatorilor ocazionali sau cronici.

b) *Cunoașterea (identificarea) factorilor de risc* specifici pentru o țară, o colectivitate, ca și a celor de tip *preventiv.*

c) Deciziile de *tip intervenție* se vor origina în analiza atentă a datelor recoltate în manieră științifică și nu aleatoriu.

d) Această activitate se poate desfășura productiv sub forma unor *proiecte* (programe) implementate într-o formă adecvată, dar obligatoriu bazată pe **încredere ca suport** al acțiunilor viitoare; pe încercarea de a modifica „self-esteem" – care este scăzut la consumatorii și dependenții de drog;

e) *Scopul stagiului de implementare* va fi de a găsi cât mai mulți adepți în diverse colectivități, O.N.G.-uri, organizații ale părinților de copii dependenți, specialiști din școli, voluntari, reprezentanți ai bisericii etc.;

f) Procesul efectiv, *efectele scontate și realizate* vor fi *periodic evaluate de specialiști* conform unor criterii științifice, se va măsura, de fapt, EFICIENȚA PROGRAMELOR ȘI MĂSURILOR ÎNTREPRINSE.

În același timp **prevenția** este un proces complex, o „ocupație" foarte solicitantă, iar cei care lucrează în acest domeniu trebuie să cunoască și să-și însușească o serie de pattern-uri de comportament și de gândire, să poată face ușor trecerea de la teorie la practică, să înregistreze și să monitorizeze fenomene dificile, greu de descifrat și să evalueze munca în echipă. Prevenția poate fi un proces continuu care să intersecteze și celelalte etape ale muncii din domeniul dependenței de drog, este o problemă bazală și face parte din politicile sociale.

A preîntâmpina este mai lesne decât a trata!

Prevenția nu trebuie foarte strict delimitată și localizată pentru ca să se poată dezvolta într-un cadru al administrației, al justiției, al sănătății publice, al educației, al sării de bine socialmente percepută etc.

Implementarea ei se poate realiza la nivele și în cadre diferite. Persoanele care lucrează în domeniul îngrijirii sănătății pe plan local (regional) vor fi implicit antrenate și direcționate pentru a avea legături strânse cu școlile din zonă, cu organizații sportive, cu tot ce este legat de vecinătate și comunitate, care au aceleași scopuri sau ținte similare.

Situațiile și condițiile activității preventive diferă de la o țară la alta și de aceste specificități va depinde organizarea politică și practică în domenii sociale și a prevenției în sănătatea mentală. Ceea ce este important în această activitate complexă cu multiple proceduri diferențiate este să se cunoască, cine participă efectiv, concret – persoanele care sunt „actorii" implicați în acest fenomen, cine și cum poate influența procesul de luare a deciziilor și cine ajută efectiv, material, moral, științific etc., la implementarea măsurilor concrete. În această activitate sunt interesate *instituțiile educaționale și toate agențiile de tip preventiv*: școli, cluburi sportive, cantine, discoteci – în care tinerii sunt confruntați cu tentația consumului de tutun, alcool, droguri.

La baza tuturor acțiunilor, a programelor – generic a tuturor strategiilor stau *teorii din psihopatologie, psihologia sănătății și a psihologiei sociale*, care încearcă explicații pentru dependența de drog prin intermediul modelelor biologice, psihologice sau psihosociale: modelul sănătății expectate, modelul protecției motivaționale, modelul comportamentului planificat, modelul procesării spontane etc.

Factorii generali de risc în dependența de drog fie ei *socioculturali, și personali, psihosociali sau genetici*, influențează modificarea unui conținut normativ *boală/sănătate*, ajută la delimitarea *boală/dependență* ca *substanță* ori ca *fenomen antisocial* (în anumite societăți, culturi). Toți pașii componenți ai activității de prevenție enumerați mai sus sunt importanți dar dorim să rememorăm câteva aspecte:

a) transferul de cunoștințe care se împotrivește formării socio-emoționale;
b) cunoașterea valorilor și standardelor în domeniu;

c) prevenția înțeleasă ca având un conținut normativ;
d) identificarea posibilelor situații conflictuale;
e) colaborarea în domeniul dependenței, a teoreticienilor și specialiștilor practicieni;
f) evaluarea programelor și a tuturor activităților în acest sector de activitate complexă.

Din acest punct de vedere autorii europeni (olandezi, în special) încearcă o explicare a *ciclului complex al dependenței* în care fiecare pas are un rol și o importanță deosebită, o filozofie aparte fiind atribuită înțelegerii acestui ciclu din perspetiva „problem – solving".

Astfel, Jaap van der Stel & Deborah Voordewind (1998) în acord cu părerea generală a *importanței pașilor* în acțiunea practică de prevenție propun următoarea schemă pentru acțiunea propriu-zisă în dependența de drog:

1. *Recunoașterea problemei,.*
2. *Analizarea problemei,.*
3. *Criterii și priorități de stabilit,*
4. *Aplicarea (traducerea) în viață,*
5. *Evaluarea.*

Lucrările, broșurile, materialele care doar enumeră factorii de risc ori pașii necesari în perceperea dependenței de drog și a prevenției ca fenomenologie complexă, cu tentă națională și mondială nu ar putea deveni eficiente dacă informațiile furnizate (chiar incomplete) își vor îndeplini una din *funcțiile-cheie*, aceea de a umple lacunele din domeniu.

De aceea, sugerăm, în conformitate cu experiența noastră și a celor din Centrul Europei (Belgia, Olanda, Luxemburg) că se pot alcătui **fișe** – *veritabile instrumente de evidență*, niște matrice ale activităților în acest domeniu pentru cei interesați.

Prezentăm o atare matrice de activități pentru micșorarea lacunelor în domeniul prevenției consumului de droguri:

Probleme, factori de risc, scopurile grupului	Fixarea temei – **servicii generale** pentru prevenție	Fixarea temei – **servicii specializate** pentru prevenție	Fixarea temei – **servicii curative**

Pentru o mai mare acuratețe a posibilelor încercări de EVALUARE ȘI IDENTIFICARE a problemelor privind dependența și mai ales prevenția dependenței de drog, se recomandă a se începe completarea rubricilor prin găsirea FACTORILOR DE RISC, în grupuri de adolescenți și tineri și abia ulterior se vor depista ACȚIUNI DE ÎNGRIJIRE, DE SUPRAVEGHERE A TINERILOR. Experiența în acest domeniu arată că pot exista *soluții ideale* :

Reținem monitorizarea acțiunilor preventive care este tot atât de importantă ca și transmiterea informațiilor utile către populație, la fel cu activitățile efective în combaterea dependenței – scopul fiind de semnalizare a componenților lanțului care procură, încurajează, vând droguri unor persoane care pot ajunge ușor victime ale abuzului de droguri ilicite.

Itemii care alcătuiesc **setul problematic pentru monitorizare** se referă la:

- date generale ale muncii de prevenție;
- persoanele care fac această activitate, unde și când;
- pentru cine este importantă informația;
- scopul pentru care se realizează difuzarea informației;
- resursele financiare necesare pentru acoperirea costurilor;
- metodele (mijloacele) pentru măsurarea cu exactitate a folosului realizat;
- eficacitatea instrumentelor în această problematică;
- cine a avut inițiativa de a trece la operațiuni practice, ce instituții și organisme;

Toate aceste virtuale întrebări pot face parte dintr-un PROIECT DE PREVENȚIE în care autoritățile locale, instituții sociale, pot contribui efectiv lucrând împreună cu specialiștii consacrați ai domeniului: medici, psihologi, profesori, asistenți sociali, juriști și polițiști.

Poate nu am insista asupra importanței prevenției în domeniul dependenței de drog, dar practica și cercetările secvențiale au arătat că apar nu doar probleme la nivelul sănătății individuale și probleme psihosociale (absenteism la locul de muncă, la școală, facultate etc., modificări comportamentale severe), ci și grave elemente de comportament antisocial. Specialiștii atrag atenția că acțiunile preventive bine gândite ar putea reduce riscul de comportamente care atrag acțiunea legii penale: furt, tentativă de omor, tâlhărie, prostituție etc.

Strategii de reducere și combatere a consumului de drog în România

Consumul de droguri în țara noastră a devenit o problemă serioasă și o preocupare atentă a multor instituții, ONG-uri, specialiști diverși. De aceea prezentăm „trecerea în revistă" a unor acțiuni și rezultate – veritabile surse de imprudență pentru unii și de recunoștință pentru cei care activează în acest delicat domeniu.

Un raport lansat în 2001 de organizația „Salvați copiii", cu ocazia inaugurării **Centrului pentru Consilierea Persoanelor Toxicodependente** din Spitalul de Urgență „Floreasca" din București, arată că mai mult de jumătate dintre consumatorii de droguri aflați în evidențele unor unități sanitare din Capitală proveneau din familii în care părinții au studii superioare sau medii și o situație materială deosebită, care le permitea copiilor să cumpere halucinogene scumpe.

Centrul din Spitalul „Floreasca" reprezintă a doua unitate de profil din București, după cea deschisă în martie 2000 în Spitalul de Copii „Grigore Alexandrescu".

Încă din anul 2000, Ministerul Tineretului și Sportului (MTS) a alocat 700 de milioane de lei pentru combaterea consumului de droguri în rândul tineretului, în cadrul unui proiect la care a participat și Asociația de Luptă Împotriva Alcoolismului și Toxicomanilor (A.L.I.A.T.). Proiectul „In-Dependent" și-a propus, în principal, informarea și educarea adolescenților în ceea ce privește consumul de substanțe psiho-active. Specialiștii și cei 21 de voluntari de la A.L.I.A.T. au distribuit materiale informative și au participat la mese rotunde și seminarii în trei licee bucureștene („I. L. Caragiale", „Dimitrie Cantemir" și „Mihai Eminescu"). Din luna iunie 2000, s-a deschis un post telefonic tip Hot-Line pentru ajutorarea cu sfaturi a tinerilor dependenți de droguri și a părinților acestora etc.

În februarie 2000, Inspectorul Școlar al municipiului București (ISMB) a încheiat un protocol de colaborare cu Ministerul Tineretului și Sportului, Poliția Capitalei, Patriarhia Română și Institutul de Sănătate Publică, pentru prevenirea consumului de droguri în rândul tinerilor și în special al elevilor. Conform documentului, obiectivul

comun al celor cinci instituții semnatare este acela „de a ajuta tinerii să înțeleagă necesitatea adoptării unui mod de viață sănătos și să găsească diverse soluții pentru rezolvarea dificultăților existenței , fără a recurge la droguri".

Pe aceeași linie încă din martie 2000, la Spitalul de Copii „Grigore Alexandrescu" din București, s-a deschis un Centru pentru Consilierea Tinerilor Consumatori de Droguri. De asemenea Spitalul de Psihiatrie „Alexandru Obregia" are, de la mijlocul lunii aprilie 2000, un centru intitulat „Risc minim" în care persoanele care folosesc droguri injectabile pot solicita consultații medicale, sfaturi pentru îngrijirea rănilor și leziunilor provocate de seringile utilizate, primind în schimb ace, seringi sterile ca și alte echipamente de injectare. Programul, lansat de organizația A.L.I.A.T., urmărește *reducerea riscurilor transmiterii infecției cu virusul HIV, al hepatitei B și C*, precum și a unor stafilococi care pot provoca afecțiuni extrem de grave, greu de depistat, boli tot mai răspândite printre consumatorii de droguri injectabile.

Lucrătorii din acest centru – psihiatri, psihologi, asistenți sociali și studenți voluntari – oferă consultații sau îi îndrumă pe cei bolnavi spre clinici de specialitate , în cazul în care cei ce ajung în centru solicită acest sprijin. „Nu impunem consumatorilor de droguri să renunțe la halucinogene, pentru că știm că nu vom avea nici un rezultat. Rolul nostru este acela de a-i învăța cum să se ferească de infecții, cum să-și trateze eventualele leziuni, explicându-le, în același timp, care sunt riscurile la care se expun consumând aceste produse și dacă mai multe persoane folosesc în comun ace nesterilizate. Persoanele care ajung în centrul „RISC MINIM" nu au voie să se drogheze și să facă trafic pe perioada ședерii în unitate, care este de maxim o oră și în plus, trebuie să facă dovada unei comportări civilizate", își doresc susținătorii proiectului. Serviciile din centru sunt asigurate de un psiholog, doi rezidenți de psihiatrie, un asistent social și 10 studenți la Asistență Socială ca și studenți ai Facultății de Medicină.

Consecvent, Ministerul Sănătății și Familiei, în iunie 2000, împreună cu alte 9 instituții și organizații au creat PARTENERIATUL ANTIDROG, apreciind că problema consumului și a comercializării în România a substanțelor halucinogene a atins cote alarmante. Din

BCU Cluj / Central University Library

parteneriatul nou creat fac parte Ministerul Sănătății, împreună cu Organizația „Salvați copiii", Agenția Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, Colegiul Medicilor din România și cel din București, Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate, Societatea Națională de Cruce Roșie din România, Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate, Direcția de Sănătate Publică București, Organizația A.L.I.A.T. În anul 2000, Direcția de Sănătate Publică Suceava și Filiala Suceveană a organizației „Salvați Copiii" au deschis un Centru de Consultanță pentru Problemele privind Consumul de Droguri, care are ca obiectiv profilaxia și tratamentul consumului de droguri și informarea populației privind consecințele consumului de droguri legale și ilegale. Asemenea inițiative sunt din ce în ce mai frecvente pe „harta" țării.

Elevii clujeni, cu vârste cuprinse între 13 și 18 ani, beneficiază, începând din 2001, de consiliere gratuită în cadrul unui Centru Antidrog.

Tot în anul 2001 a debutat programul „Tu alege viața!". În cadrul aceste campanii, copiii și tinerii cu vârste cuprinse între 5 și 18 ani au participat la întâlniri cu specialiștii în lupta împotriva drogurilor, care le-au prezentat riscurile la care se supun ca urmare a consumului de narcotice. Campania s-a adresat și personalului din domeniul educației care a fost instruit cum să depisteze consumatorii de droguri, semnele și simptomele lor. Ei au primit informații și cu privire la tratamentul dependenței, efectele negative asupra sănătății.

Potrivit unei hotărâri de Guvern, în toată țara au fost înființate 47 de asemenea centre, dintre care 6 la București,. În cadrul acestora, activează sociologi, psihologi, psihiatri și medici, precum și reprezentanți ai Ministerului Educației, Cercetării și Tineretului, Ministerului de Interne, Ministerului Sănătății și Familiei și al Ministerului Administrației Publice.

În fiecare centru există 7 specialiști (câte unul din cadrul fiecărui minister), un psiholog și un reprezentant al unei organizații neguvernamentale. Specialiștii acestor centre asigură confidențialitate și protecție pentru consumatorii care apelează la serviciile lor.

Un alt proiect constă în deschiderea unui Centru de Consultanță pentru elevii și studenții care consumă droguri, la Casa Studenților din București. Centrul este organizat cu sprijin financiar din partea Ministerului Educației, Cercetării și Tineretului(M.E.C.T) și va funcționa cu două camere de gardă în care vor lucra permanent aproape 20 de studenți de la Facultatea de Medicină și de la Facultatea de Psihologie.

„Am ales tineri care să stea de vorbă cu colegii lor, victime ale drogurilor pentru că între ei comunicarea este mult mai ușor de realizat decât atunci când interlocutorul este un adult", a fost deviza reprezentanților Ministerului Educației.

În plus, de comun acord cu Ministrul Sănătății și Familiei, la Spitalul Studențesc există deja o secție de consiliere pentru dezintoxicare, cu specialiști în țară și străinătate, în acest domeniu care au o activitate complexă susținută pentru categoriile de consumatori.

Din aprilie 2002, Prefectura Capitalei a început derularea a două programe de combatere a consumului de droguri și a delincvenței în rândul adolescenților și a elevilor din școlile și liceele bucureștene. Ca urmare, acțiunile se desfășoară în comun, de către Poliție, Inspectoratul Școlar și Prefectură și au fost demarate ca urmare a numărului mare de adolescenți care, potrivit statisticilor, consumă droguri ori care sunt folosiți de bandele de crimă organizată.

Programul de prevenire a delincvenței juvenile cuprinde manifestări inedite, cum ar fi simularea unor procese cu ajutorul unor actori, organizarea unor scurte tabere de vară și implicarea elevilor în prevenirea acestui fenomen.

În privința prevenirii consumului de droguri, au început să fie adoptate măsuri de consiliere individuală și în grup a elevilor și vor fi constituite echipe de lucru pentru supravegherea tinerilor cu probleme. Echipele mixte vor face controale permanente și neprogramate în școli, pentru a identifica eventuali consumatori de droguri, acțiune care se speră a nu rămâne singulară și să fie continuată prin nuanțarea unor acțiuni, intervenții adecvate.

Cap. XIII. Considerente practice: drog, dependență și experiență psihoclinică

• Sinopsis privind consumul de droguri

Consumul de droguri reprezintă una din provocările cu care se confruntă umanitatea, efectele directe sau indirecte ale acestuia relevându-l ca pe un fenomen îngrijorător, demn de luat în calcul în programele de cooperare internațională.

Spre deosebire de populația matură, populația tânără este mult mai deschisă la nou, mai predispusă la noi experiențe, la risc. În plus, tinerii din fostele țări comuniste au fost mai puțin expuși mesajelor care subliniau pericolul reprezentat de consumul de droguri în societățile dezvoltate. Flagelul drogurilor este unul dintre fenomenele cele mai complexe, mai profunde și mai tragice ale lumii contemporane. Dacă până în 1990, noțiunea de drog era foarte vagă pentru majoritatea românilor, ulterior situația s-a modificat, România devenind ținta unui trafic organizat de substanțe stupefiante dinspre Orient spre Occident.

De fapt, ce este drogul?

La întrebarea „Ce este drogul?" răspunsul obișnuit este: o substanță solidă, lichidă sau gazoasă care, introdusă în organism modifică imaginea asupra realității înconjurătoare. Așa cum deja am menționat anterior, folosirea abuzivă poate crea dependența fizică și psihică sau tulburări grave ale activității mentale și ale comportamentului.

Toxicomanul este persoana care consumă, în mod regulat droguri pentru a obține o stare specială de o anumită intensitate.

Supradoza reprezintă introducerea în organism a unei cantități de substanță mai mare decât poate suporta acesta și care poate produce moartea. Supradoza intervine atunci când consumatorul utilizează o doză prea puternică în raport cu cea obișnuită, când se continuă consumul dozei uzuale în paralel cu medicația din cura de dezintoxicare.

Termeni „cheie" în consumul de drog:

a) ***Dependența*** reprezintă nevoia toxicomanului de a-și administra droguri. Ea poate fi fizică sau psihică. *Dependența fizică* nu se întâlnește la toate tipurile de droguri. Când apare, ea se manifestă sub forma unor stări patologice care constau în necesitatea organică de a folosi droguri pentru a evita tulburările ce apar la încetarea utilizării. Ea apare mai ales la derivații opiumului (heroina, morfina). *Dependența psihică* este cea mai importantă. Ea constă în modificări de comportament și o stare mentală particulară însoțită de necesitatea psihică imperioasă de a-și administra substanțe periodic sau continuu pentru a obține o stare de bine sau pentru a înlătura disconfortul psihic. Este întâlnită la toate tipurile de droguri.

b) ***Toleranța*** apare când organismul se obișnuiește cu prezența unei anumite substanțe și în timp se adaptează la aceasta. Ca atare, pentru obținerea unei anumite stări, toxicomanul trebuie să mărească dozele. Astfel, un toxicoman ajunge să suporte doze care pentru persoanele non-consumatoare ar fi fatale.

• Consum și dependență sinteze

Majoritatea oamenilor *nu cunosc suficient de multe lucruri referitore la efectele pe care le implică consumul diferitelor droguri, existând confuzie și informații greșite* în acest domeniu. Unele dintre cele mai des întâlnite motive pentru care o persoană ajunge să consume droguri ar putea fi ierarhizată astfel:

• se ivește posibilitatea și *tinerii pur și simplu încearcă*;

• consumul de droguri poate fi văzut drept *nevoia de curaj*; sau nevoia adolescentului *de a brava, de a fi special*;

• se mai consumă pentru a scăpa de problemele zilnice; (divorțul părinților, abuzul sau neglijarea părinților la școală sau în alte situații);

• consumul de droguri mai poate fi provocat de *sentimentul de inutilitate*, de lipsa respectului de sine sau a încrederii în sine. Se spune că doar indivizii cu structură de personalitate fragilă ajung dependenți de droguri, însă studiile au dovedit că toxicomanii provin din aproape toate categoriile sociale și domeniile de activitate. Se acceptă în prezent că abuzul de droguri este o „crimă fără victime" deoarece îl vatămă doar pe cel care le consumă, dar în realitate toxicomanul nu este singura persoană care suferă, toxicomanul are în jurul lui prozeliți mulți.

• **Sintetic, experiența noastră psihoclinică și socială ne permite să sintetizăm CAUZELE EXTERNE:**

– anturajul / grup de prieteni dubioși,
– climatul familial defavorabil,
– nivelul educațional și cultural redus,
– lipsa informațiilor sau informații false despre droguri,
– imitarea modelelor din filme , din reviste,
– tovărășia/„prietenia" toxicomanilor,
– distracțiile (petreceri, discoteci, baruri) ,
– frecventarea anumitor grupuri și a unor locuri ascunse (secrete) anume pentru a fi posibilă procurarea și consumul drogului.

*În ceea ce privește **efectele drogurilor**, acestea depind de:*

– doza absorbită,
– modul de administrare,
– persoana care consumă,
– experiențe anterioare,
– mediul în care se consumă drogul.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- ***Pericolele generate de droguri se referă la riscuri și modificări psihocomportamentale:***

a) *Principalele riscuri:*
- producerea unui accident sub influența drogurilor;
- câteva categorii de droguri pot îngreuna sau bloca respirația;
- supradoza accidentală poate duce la inconștiență sau chiar la moarte;
- dependența, după utilizarea regulată

De asemenea drogurile pot produce confuzie și uneori halucinații pot provoca stări emotive necontrolate sau alte dereglări mentale serioase. Cei care iau heroină pentru prima oară au stări violente de rău. Dacă un utilizator de droguri începe să se injecteze, acest lucru poate genera infecții, modificări ale compoziției sângelui, chiar infectarea cu HIV/SIDA.

b) În funcție de substanța utilizată pot apărea următoarele semne caracteristice:
- *schimbări de dispoziție psihică,*
- *somnolență, apatie, lipsa apetitului,*
- *lipsa concentrării, scăderea inteligenței,*
- *pierderi de memorie,*
- *halucinații,*
- *lipsa interesului pentru școală, prieteni, familie,*
- *apariția unor „prieteni"noi – de regulă care îi ajută să procure și să consume droguri.*

Ce reprezintă de fapt drogurile licite și ilicite?

COFEINA este unul din drogurile cu largă răspândire; se găsește în cafea, ceai,băuturi răcoritoare (cola), ciocolată și chiar în unele medicamente. Se știe că în anumite limite: stimulează activitatea intelectuală, crește puterea de concentrare, iar în cantități mari provoacă iritabilitate și anxietate. Ca efecte fizice, sunt menționate tremurături ale mâinilor, scăderea apetitului, insomnii, tulburări

gastrice, creşterea tensiunii arteriale, afecțiuni ale inimii, afecțiuni renale. SEDATIVELE fac parte din categoria deprimantelor sistemului nervos central, majoritatea sunt folosite în scopuri terapeutice, pe bază de prescripție medicală; se găsesc sub formă de capsule sau tablete (care se iau pe cale orală) sau se pot administra sub formă de injecție, produc dependență, iar toleranța se instalează foarte repede. Efecte psihice: calmare, senzația de liniște, încetinirea gândirii, estomparea emoțiilor şi pierderea interesului față de întâmplările şi oamenii din jur. Efecte fizice: stări de somnolență, dificultăți în mers, lipsă de coordonare a mişcărilor, vorbire greoaie, sunt foarte periculoase în combinație cu alcoolul, iar în doze mari provoacă chiar moartea.

OPIUMUL se extrage direct dintr-o anumită specie de mac, opiumul brut se fumează în pipă, din el putându-se extrage o serie de derivați, unii cu întrebuințare medicală (codeina, papaverina, morfina), iar alții, în scop de a căpăta o stare specială HEROINA.

MORFINA este un derivat al opiumului care se prezintă sub formă de pudră albă, solubilă în apă, cu gust amar; se poate administra în scop terapeutic (oral, intramuscular, intravenos).

HEROINA este o pulbere de culoare variabilă, de la gălbui la maroniu, cu gust amar şi miros slab de oțet; puterea analgezică este de 3-5 ori mai mare decât a morfinei; heroina se poate fuma cu tutun, încălzită într-o folie (chasing the dragon), infectată imediat sub piele (skin popping) sau direct în venă – (mainlining). Marea majoritate a dependenților îşi injectează drogul; injecțiile amplifică efectele şi sunt cele mai periculoase. Injectarea poate produce inițial o stare de alertă, apoi de beție. Supradoza duce la inconştiență. Utilizarea frecventă duce la dependență, doar odată cu creşterea consumului, corpul se adaptează şi nu mai simte nimic, ajungând la o nevoie constantă de heroină doar pentru a funcționa normal. Abstinența unui utilizator regulat produce stări de rău similare cu gripa. *Ca efecte psihice*: scăderea capacității de a raționa şi a voinței, slăbirea memoriei, întreaga existență este aservită nevoii de a-şi administra drogul,

declinul întregii personalități, anularea responsabilităților familiale și profesionale, scăderea apetitului, scăderea libidoului. Efecte fizice: după folosirea ei ne arată un subiect care devine slab, palid, pupile mici, fixe, tremur ușor al mâinilor și pleoapelor, unghii casante, căderea părului, constipație, vărsături, respirații rare, puls scăzut.

CANNABIS (spliff, marijuana, ganja, weed, skunk, blow, puff, iarbă etc.). Cannabisul sau cânepa indiană este cel mai răspândit drog după alcool, cafea și tutun; se obține prin uscarea și tocarea frunzelor sau prin extragerea rășinii, se fumează sau se amestecă în mâncare. Efecte: în doze mici, efectele sunt asemănătoare celor care sunt produse de alcool, pe când dozele mari au efecte halucinogene. Efectele se fac simțite relativ repede atunci când este fumată. Persoana respectivă se va simți mai relaxată și fericită. Marijuana mai tare poate conduce la râsete fără rost, pierderea inhibițiilor și o sensibilitate crescută la muzică și culori. Nu induce obligatoriu dependența fizică. După administrare, toxicomanul trece prin 3 faze:

- excitație;
- extaz, beatitudine;
- somn.

Marijuana se poate fuma cu sau fără tutun, filtrată prin apă sau inhalată prin diverse metode. Efectele fizice ale unei supradoze constau în ochi înroșiți, gură uscată și reflexe întârziate, iar unii oameni au resimțit chiar teama alții și-au modificat structura de personalitate ajungând psihotici. Efecte secundare: pentru unii, fumatul marijuanei a devenit la fel de natural ca și băutul unui ceai și simt că le face viața mai puțin stresantă, fără să se modifice brutal judecata sau reflexele normale. Deși larg acceptat faptul că folosirea ocazionată de marijuana nu este cu siguranță mai dăunătoare decât drogurile acceptate (tutunul sau alcoolul), deținerea ei a rămas încă un delict în marea majoritate a țărilor.

COCAINA (C. Charlie, snow, coke, toot, rocks, stones). Se prezintă sub două forme: *pudră* (are culoarea alb-cristalină și cu gust amar, care se injectează sau se inhalează nazal); sau *crack* (se obține

în urma unei prelucrări chimice rezultând pietricele albe care se fumează sau se inhalează nazal în urma încălzirii în recipiente speciale). Efecte psihice: euforie, logoree, îndrăzneală, creșterea dorințelor sexuale, inhibă senzațiile de foame, sete, somn, durere. Efecte fizice: vasoconstricție și anestezie locală, nas palid și rece, ochi injectați, lăcrimare masivă, pupile dilatate, scăderea în greutate. Senzația nu durează foarte mult (în jur de 20-30 de minute) și acest lucru încurajează repetarea experienței, cu efecte devastatoare asupra sănătății. Se poate și fuma dar efectul este de o durată mai scurtă.

Crack. Crack-ul este cocaina „prăjită" într-o piatră. Se fumează de obicei printr-o „waterpipie" și produce o foarte rapidă și intensă senzație care durează aproximativ 2 minute, urmată de o stare plăcută care se menține cam20 de minute. Deoarece „hit-ul" este atât de puternic, mulți încearcă să repete experiența sau sa ia o supradoză. Riscuri asupra sănătății: consumul regulat de cocaină poate distruge fosele nazale, iar fumatul ei poate duce la dureri, bronșite, cancer pulmonar. Mai poate duce și la probleme în zona aparatului cardio-vascular, iar atunci când este injectată distruge rapid țesuturile și poate produce ulcer. Folosirea îndelungată poate genera pe un anumit teren la boli psihice începând cu depresii și culminând cu o psihoză similară cu schizofrenia. Supradozajul poate duce chiar la moarte. Consumul prelungit duce la nevoia de doze tot mai mari și la o dependență psihologică gravă. Un pericol din ce în ce mai mare este amestecul de cocaină cu heroina (speedball) care determină o dependență dual㠄.

AMFETAMINELE sunt droguri sintetice, folosite inițial în tratamentul obezității, pentru că inhibă senzația de foame. Se prezintă sub formă de tablete, capsule sau pudră. Se inhalează, se înghit, se injectează sau se fumează. Ca efecte psihice menționăm: simulează funcțiile psihice, senzație de forță, veselie, încredere în sine, anxietate, agitație, iritabilitate, panică, sentiment de persecuție, delir, insomnie. Ca efecte fizice: tremurături, creșterea tensiunii, palpitații, accelerarea respirației, dilatarea pupilelor. Utilizarea îndelungată poate duce la evoluție spre mania persecuției.

ECSTASY se prezintă sub forma de capsule sau tablete colorate şi uneori sub formă de pulbere sau lichid, pastilele au imprimate pe ele diferite figuri – delfini, tauri, câini, elefanți, trifoi, fiecare având o anumită intensitate şi producând o altfel de senzație. Se consumă pe cale orală. Ca efecte psihice enumerăm: efect calmant, înaltă percepție a sunetelor şi culorilor, stare de beatitudine dar si oboseală, anxietate, panică, stare de confuzie, paranoia. Ca efecte fizice amintim: greață, diaree, dureri musculare, tulburări de vedere, maxilarul se contractă, gura devine foarte uscată, sete puternică, accelerarea bătăilor inimii, creşterea puternică a temperaturii corpului, blocaj renal.

L.S.D. (tabs, trips, blotters, microdots). LSD este un halucinogen puternic care alterează percepția asupra lumii exterioare, distorsionează percepțiile consumatorului. Se prezintă sub formă de pulbere albă, prelucrată în tablete sau capsule sau se imprimă pe hârtie cu desene şi culori diferite. Se consumă pe cale orală, produce dependență psihică, iar toleranța se instalează rapid. Ca efecte psihice: principalul este aşa-numita călătorie sau transă şi depinde de dispoziția persoanei, de anturajul şi locul unde se află. Astfel , în unele cazuri consumatorul are senzații foarte plăcute, percepții extraordinare ale formelor şi culorilor, ajungând la beatitudine şi extaz, iar în alte cazuri, apar trăiri neplăcute care provoacă viziuni neplăcute. Ca efecte fizice: hipertermie, tahicardie, tremurături, grețuri.

CIUPERCILE HALUCINOGENE. Cresc spontan în Marea Britanie. Au efecte similare cannabisului. Sunt ciuperci cu efect halucinogen, se consumă crude, proaspete sau uscate, în mâncare, băuturi sau sub formă de infuzie. Provoacă dependență psihică, iar toleranța se instalează rapid. Notăm ca efecte psihice: stare de euforie, imagini deformate, dar intens colorate, teamă, anxietate, psihotice. Efecte fizice sunt de genul: tulburări de vedere, greață, vărsături, dureri de stomac, hipertensiune arterială.

TRANCHILIZANTE. Tablete prescrise de medic , uneori pot fi luate ilegal. Efectul pe care-l produc este similar celui dat de alcool.

Multe droguri pot fi injectate. Riscurile sunt abcesele, infecțiile, modificarea compoziției sângelui, hepatite și HIV/SIDA.

Cine vă poate ajuta și ce faceți în caz de urgență?

• Dacă doriți sfaturi, nu evitați să le cereți. Dacă aveți probleme puteți fi ajutat de medicul dumneavoastră de familie, psihologul, asistentul social, medicul psihiatru.

• Să sperăm că nu se întâmplă, dar dacă un coleg sau colegă a dumneavoastră ia o supradoză și îl (o) găsiți inconștient (ă), este important să știți ce să faceți. Puteți să-i salvați viața. Primul lucru: asigurați-vă că are aer proaspăt. Așezați-l pe o parte și supravegheați-l pentru a nu-și inhala voma. Chemați medicul, de urgență sau o ambulanță. Adunați orice praf, tabletă sau orice a putut fi folosit și aduceți-le la spital pentru analize.

Încercăm un set de idei, sfaturi pentru cei care vor să le parcurgă și... să le urmeze:

• Nu încercați consumul de droguri, întrucât veți deveni în mod sigur dependent de ele.

• Nu intrați în relații cu plasatorii și consumatorii de droguri.

• Nu acceptați intrarea în rețeaua traficanților de droguri, oricâte avantaje ați obține, gândiți-vă la implicațiile finale ale afacerilor cu droguri, precum și la durerea și suferința provocate celor dragi vouă.

• Sunt tot mai clare semnalele din care rezultă că în unele centre universitare și licee se vinde și se consumă marijuana, de aceea ar fi oportun și să cunoască informațiile privind consumul și dependența de drog.

Posibile măsuri de stopare și prevenire

1. Informare intensă prin mass-media asupra efectelor drogurilor;
2. Implicarea familiei în înțelegerea și controlul tinerilor;

BCU IAȘI - CENTRALA UNIVERSITARĂ LIBRARY

3. Înființarea unor centre gratuite de dezintoxicare și reabilitare.
5. Pedepsirea aspră a celor care vând droguri (dealerilor);
4. Existența unor psihologi în școli, pentru ca adolescenții cu probleme, să poată discuta cu aceștia;
6. Îmbunătățirea controlului vamal;
7. Pedepsirea celor care consumă droguri; în manieră diferențiată;

Cum găsești singur răspunsul ?

Fiecare tânăr, ori adolescent, poate fi confruntat cu drogul. Întrebările tinerilor ar putea suna aproximativ astfel:

– Unde mă aflu eu față de droguri?
– Care sunt cunoștințele mele despre droguri?
– Știu cum acționează fiecare dintre ele?
– Care sunt efectele și pericolele?
– Care este relația mea cu drogurile legale : alcoolul, tutunul?
– Sunt tentat să mă distrez luând un drog?
– Sunt capabil să înfrunt o situație grea fără să apelez la medicamente?
– Voi accepta sau refuza când cineva îmi propune o țigară cu drog/o doză de drog
– Cum m-aș comporta dacă sunt prins consumând un drog ilegal?
– Aș fi destul de puternic pentru a părăsi o petrecere în care alcoolul este considerat foarte important?
– Care va fi atitudinea mea dacă un prieten se droghează pentru a găsi „o rezolvare" a problemelor lui?
– Dacă nu mă simt bine, am pe cineva potrivit să mă destăinui?

Răspunsurile la aceste întrebări sunt ceva personal, ele fac parte din intimitatea fiecăruia, important este să-și găsească răspunsuri proprii, soluții înainte de a fi confruntat efectiv cu drogurile. Trebuie să se poată reacționa imediat în materie de consum de drog, în momentul în care țigările cu haşiş circulă între prieteni, când cineva se injectează cu heroină sau când, la o petrecere, după poker și striptease urmează paharele de bere care sunt unele nu doar cu bere și apoi alte pahare.

BCU CLUJ / BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

- **Încercare de clasificare a drogurilor pentru informarea adolescenților și tinerilor**

Frecvent utilizăm, pentru droguri, termenii de „dure" și „ușoare". Se știe că drogurile dure creează dependență, cele ușoare nu dau dependență. Dacă folosim ACEASTĂ TAXONOMIE lăsăm să se creadă că unele nu sunt periculoase, ceea ce este inexact și nesănătos.

Haşişul – considerat drog uşor, ajunge să te facă să devii dependent de el; este o dependență psihică și este la fel de dificilă ca și cea fizică..

Alcoolul și tutunul – nu sunt considerate nici ușoare, dar nici dure, sunt la originea unor dependențe foarte puternice.

O ALTĂ CLASIFICARE împarte drogurile în două categorii: LICITE ȘI ILICITE; această taxonomie nu este suficientă deoarece medicamentele trebuie luate conform rețetei prescrise de medic, atunci când sunt foarte multe, deja devin ilegale, la fel și consumul ritmic și exagerat al alcoolului.

Dar există posibilitatea altei clasificări, în:

- Droguri acceptate;
- Droguri de sinteză;
- Drogul excluderii; Cannabis (*apud* „LES DROGUES – UN PIÉGE", Marie Jose Audersęt, J.B. Held, J.F. Bloch-Laine, 1999).

Notăm câteva caracteristici generale, absolut necesare a fi cunoscute de populație:

a) Există produse care nu dăunează vieții în societate: tutun, alcool, medicamente, dopantele (medicamentele de stimulare a performanței sportive);

b) Între cele fabricate, de regulă ilegale, în laboratoare: sunt amfetamine, ecstasy, halucinogene.

c) Ele ajung să subjuge, să transforme persoana consumatoare în sclav, te fac să fii exclus din societate (ex. heroina). Procesul de marginalizare și excludere demarează uneori rapid alteori lent, pentru că societatea îi consideră pe toxicomani, drept delincvenți și nu ca persoane cu nevoi speciale, deci, societatea accentuează această

excludere. Politoxicomania reprezintă folosința violentă și utilizarea drogurilor în *amestec*, pentru a scăpa de răul adesea resimțit.

d) Cannabisul (heroina și marijuana) scapă clasamentelor datorită problemelor pe care le-a generat. Dacă e folosit ocazional nu dă dependență, la alții arată efectele nefaste asupra capacității de concentrare și memorare. Riscul dependenței este relativ, puțini consumatori sfârșesc prin a nu se mai putea debarasa de viciu.

Se știe că dependența este un risc, ea înseamnă nevoia de a începe și de a mări dozele pentru a obține aceleași efecte. Corpul și creierul se obișnuiesc și reacționează din ce în ce mai puțin. Mărirea dozei determină creșterea efectelor secundare: stres, agitație, insomnie.

Atunci consumatorul poate să vrea să iasă din „spirala fără sens" dar nu este capabil. Când efectul drogului folosit obișnuit în doze mici sau moderate, dispare consumatorul devine victima unor tulburări multiple și diverse: a devenit DEPENDENT!

Deși am menționat de mai multe ori diferențe și asemănări, totuși trebuie făcută o distincție clară între dependența fizică și dependența psihică. Alcoolicul fără alcool are tremurături, vomă, crampe și diverse dureri. Doar heroina și alcoolul dau dependență fizică. Consumatorul are trăiri deosebite, totul se petrece în capul lui: crede cu tărie că nu poate trăi fără drog și își concentrează energiile pentru a și-l procura. Procesul care duce la dependență nu este o fatalitate, depinde de drog și de consumator, de structura sa de personalitate. Sunt unii care consumă ocazional, cu o anumită pauză – „consumul recreativ" fiind o depersonalizare, în final.

Sunt droguri ca amfetamina, heroina, cocaina care duc la o dependență puternică – și nu poți să te limitezi la un consum redus, gen „consum recreativ". De fapt aceste droguri (ecstasy, alcool, cannabis) sunt asociate cu ideea de „droguri de petrecere". Ele sunt folosite ocazional, dar se poate „bascula" trecând de la un strop la cantități care fac să devină importante (țigara cu marijuana).

Deja se știe că foarte rar sunt pure: ele se pot combina, uneori nu mai au puritatea pentru care sunt cumpărate (plătite).

Moartea prin supradoză poate apărea din cauza amfetaminelor, heroinei și chiar a alcoolului.

De dată recentă se acceptă că dependența este omniprezentă: **suntem toți dependenți de ceva:** de alții, de medicamente, de sex, de muncă, de mâncare etc.

De fapt, cine sunt toxicomanii? Sunt oamenii de lângă noi!!!

Răspunsul ar putea fi sintetic: tineri cu tendințe suicidare, respectiv, dar acesta poate fi:

– un tânăr care nu a putut să-și exprime furiile
– un tânăr care provine din mediul lax sau prea rigid
– divorțul părinților sau lipsa tatălui care influențează puternic subiectul din copilărie și pubertate.

Dar nu există un portret robot, toxicomanii nu pot fi incluși într-o „cutiuță" a caracteristicilor.

Exemplificări din cazuistica recentă:

Cazul nr. 1. – B. F., 16 ani, sex masculin

El încearcă să epateze fetele, neavând realmente prieteni, nu are succes! Cu alcool, el observă că devine simpatic și atrage privirea fetelor. Începe să aibă altă imagine de sine (îmbunătățită, de regulă) chiar în sens negativ! Ajunge să fie evitat în grup. Devine încăpățânat și nu vrea să renunțe la drog, dar de fapt nu reușește să scape de „pofta" consumului.

Cazul nr. 2 – F. O., 15 ani, sex feminin, 5 experiențe.

Apreciată, îi plăcea să fie iubită, să se intereseze băieții de ea. Conduitele speciale se observă dacă părinții nu îi acceptă totul. Își „colecționează" prieteni, avidă de noutate și încearcă să prizeze. I se părea că se apropie de „paradis". Credea că poate controla fenomenul, dar devenise dependentă – nu mai putea controla ritmul cheltuielilor. 18 luni mai târziu cerea bani pentru băutură. Nu-și mai vedea părinții ca să nu le fie rușine cu ea, stă cu prietenii fiind nefericită, dar declară că nu vrea să moară.

Cazul nr. 3 – B. G., sex masculin, 21 de ani.

Timid, introvertit, citea stând singur, nu îndrăznea (nici părinților) să le vorbească despre problemele lui. Mama lui lua tranchilizante pentru depresie, depășind dozele. El îi fura pilulele. A observat că era mai în largul său, viața devenea mai „ușoară" – după ce lua tranchilizante de la mama sa. Când nu lua se simțea foarte rău și a reînceput cu mai multe: tranchilizante și stimulente. Șefii nu mai erau mulțumiți de el.

Să nu spui NU! – Dar să poți să spui „NU" drogurilor!

Poate fi foarte dificil să-i convingi pe alții și mai ales pe tine. Dăm câteva idei-forță:

1. dacă cineva care vă propune un produs este un coleg, este greu să-l refuzi, să-l decepționezi, dar trebuie să fii clar și categoric spunând: „Nu insista!".

2. dacă un prieten îți dă un drog gratuit, e problema ta, niciodată nu va fi a altuia.

3. dacă vi se promite o altă lume puteți să spuneți: „o prefer pe cea în care trăiesc decât cea inventată – piesă cu piesă".

4. dacă simțiți presiunea grupului dvs. puteți afirma clar: „să te droghezi este absolut aiurea, în această privință nu mi-aș schimba părerea niciodată".

5. dacă îndrăzniți să fiți clari și precișii ceilalți nu vor insista, nu vor reveni, bombardându-vă cu insistențe răutăcioase.

6. să schimbi prietenii e greu, te destabilizează lipsa lor, dar este cel mai bine să te îndepărtezi de drog când el devine prea important în viața ta.

• Se vede că te droghezi? Vigilența față de primele semnele ale consumului de droguri

Persoana consumatoare poate fi foarte discretă, poți să nu sesizezi că se droghează. De regulă schimbările de stare de spirit se atribuie altor cauze (lipsa consumului). Nu este nici un semn infailibil pentru a te determina să pui „degetul pe rană" – adică să afirmi cert, să dai un diagnostic.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Specialiștii știu de mult timp că halena gurii, pupile prea dilatate sau prea contractate, sunt semnele subiective ale dependenței. Modificarea comportamentului, apariția oboselii din senin, stări de somnolență, dereglarea apetitului alimentar, minciunile, suspiciunile, dezinteresul față de colegi, lipsa cronică de bani, pot fi „simptome" specifice nu doar adolescenței ci ale drogatului.

Unii bravează și povestesc despre drog: seringă, doză, țigări. Poți să acționezi? Da sau nu? În ce fel? Ce putem face pentru a ajuta un toxicoman?

Psihologii sunt unanimi când afirmă că doar toxicomanul se decide dacă se oprește; este inutil să vrei să-l constrângi. Dacă îi spui că se distruge cu heroină ori alcool, nu-i servește la nimic. Se oprește scurt timp și reia totul, amplificat, pentru a „câștiga" timpul pierdut, pentru că puterea produsului (heroină, haşiş) este foarte puternică. Este posibil să se oprească dacă își recunoaște problema și are voința de a se opri. De cele mai multe ori, adolescenții se droghează iar părinții nici nu bănuiesc. Ce-i aduce lui alegerea făcută de a se droga? Este oare fericit? Dacă dependența îl apasă, aduceți-i aminte că sunt profesioniști care îl pot ajuta. Este o dovadă de libertate să decizi ce faci cu viața ta! Gestul îi aparține: el este singurul responsabil, nu este vina doctorului, ori a psihologului, oricine poate reacționa! Poate fi ajutat să vorbească medicului, psihologului, asistentului social, profesorilor, părinților. Unii care vor să-l ajute trebuie să fie foarte atenți, nemoralizatori, altfel subiectul care consumă nu va crede în ajutor. Doar specialiștii pot interveni, ei știu unde și cum să o facă! Rupturile afective creează sentimente de culpabilitate, care necontrolate, pot împinge spre drog și apoi spre dependență.

Dă cannabisul un risc de dependență?

Dacă ai fumat o data sau foarte frecvent, este fără consecințe. Fumătorul de cannabis crede că fără el viața nu are sens, consumând își reduce stresul și crede că devine „cel mai important".

Se acceptă că acest cannabis este o trambulină către heroină

Raționamentul nu este fondat pentru că, se știe că aproximativ 95 din 100 nu trec la cocaină sau heroină. Cel ce începe să o facă fuge de realitate! Cei care consumă droguri dure („tari"), obligatoriu înainte au folosit cannabis. Ca regulă, generic, toți heroinomanii anterior folosesc alcool, tutun.

De multe ori, așa zișii prietenii nu sunt buni ghizi – ei te sfătuiesc prost și poți deveni „alesul" drogului ca să le faci plăcere.

Nu vă lansați purtați de această tentație care duce la dependență fără să fi reflectat înainte. Realmente este foarte greu să nu fii în rând cu toți. „Adevărații prieteni trebuie să vă accepte chiar dacă îi refuzați, deci dumneavoastră sunteți mai puternic!"

Dacă în grupul de fumători refuzați, vă puteți simți slab – dar implicit în grupul majoritar sunteți considerat mai interesant, apreciere din experiențele persoanelor care consumă!

Pentru mulți tineri și adulți să știi să spui clar NU este un act dificil!

Reperați locurile unde se găsește și chiar dacă le evitați nu este obligatoriu să aveți îndreptate spre dv. priviri reprobabile și jigniri.

Să nu uitați că a recurge la droguri niciodată nu a însemnat că o problemă a dispărut, doar ajungem noi să credem că totul este facil!

• Ce riscă o persoană care intră în conflict cu legea?

Riscurile sunt diferite, în funcție de țară, cantitatea de substanță și modul în care judecătorul interpretează legea.

În 1961, în convenția ONU semnată de 115 țări cannabisul era înscris între cele mai periculoase droguri, la fel ca heroina, dar multe țări nu respectă ceea ce au semnat, ele aflându-se într-un „balans" între acceptare și refuz.

La Amsterdam sunt 300 de coffe-shop-uri pentru a diferenția droguri foarte tari și ușoare, consumul de maximum 30 g de cannabis fiind permis; o cantitate mai mare atrage după sine o amendă și chiar închisoarea.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În 1983 a fost organizată în Spania o **reformă liberală** care stipulează lipsa pedepsei dacă o persoană consumă droguri, dar cei care sunt pedepsiți sunt dealerii. De atunci se știe: consumul de cannabis în Spania a scăzut. Consumul în public nu este pedepsit iar tinerii spanioli nu sunt total adepții drogurilor.

La fel ca în Germania și Elveția are puțini amatori de „putăială". În Belgia, din 1997, s-a schimbat politica foarte dură abordându-se un nou tip de strategie privind stupefiantele, de data aceasta mai lejeră. Între 1975-1995 la Bruxelles numărul cazurilor legate de drog a crescut cu 1000 de consumatori de cannabis pe an.

În USA pentru boli ca SIDA ori cancer se prescrie cannabis conform rețetelor medicale pentru că are efect analgezic. Politica statelor aparținând USA privind consumul de droguri pendulează între represiune și legalizare, discuțiile aprinse între reprezentanții celor două orientări nu reușesc să ajungă la o concluzie general acceptată. În opoziție cu USA, Singapore, Thailanda dispun de legi foarte dure care pedepsesc cu moartea pe cei care posedă cantități mai mici chiar de 500 gr de cannabis (pentru un kilogram de cannabis, în 1994 un asiatic a fost omorât).

Cultivatorii de droguri (îndeosebi de cannabis) se expun unor riscuri foarte mari pentru că pământul va fi ulterior afectat, erodat și nu se mai pot face ulterior alte culturi pe el.

Așa zisele „droguri acceptate"

Cum să nu mai fumezi?

Este cel mai bine să renunți la fumat direct, brusc; se spune că încercând să te lași treptat nu vei respecta regulile.

Trucurile care îi ajută pe fumători să renunțe: trebuie să ți le construiești singur, să-ți alcătuiești un set personal.

1. Faceți o listă cu 5 motive majore.
2. Lipiți-o pe locuri strategice ca să o vedeți, să le recitiți.

BCU "LUCIAN BLAGA" CLUJ-NAPOCA

3. Fixați-vă data zilei fatidice (nu prea îndepărtată) nici prea târziu, nici prea devreme.

4. Ocazie ideală – vacanța. Anul Nou, un tratament sportiv, un început de week-end cu prietenii apropiați.

5. Seara, înainte de a adormi, relaxați-vă, imaginați-vă în locuri în care obișnuiați să fumați mult.

6. Vorbiți cu prietenii să nu vă ofere și să nu vedeți țigări.

7. Dacă obiceiul este în cuplu vă încurajați reciproc: pozitiv, negativ.

8. Puteți cere sprijinul unui adult prieten care face sport și căruia să-i puteți telefona când dorința vă este imperioasă.

9. Dacă nevoia de nicotină este foarte puternică apelați la gumă, plasture special, spray nazal; ele scad șansa cu 2/3 de a recurge la tutun.

Sfatul medicului, psihologului este foarte necesar, dar VOINȚA este cea mai importantă. Există și tehnici de acupunctură, sofrologie care propun terapie de grup, în acest fel pericolul recăderilor scade.

Schimbarea obișnuinței sau nevoia internă de altceva!

Înainte de a renunța la drog, la tutun, să te gândești la asta!

Fă gestul de a bea, fuma când ești stresat, singur, după un efort. Sunt obișnuințe pe care trebuie să le schimbi și este știut că este un demers foarte dificil. Dacă te lași de fumat ai în continuare tentația de a lua pachetul de țigări ca să înlocuiești gestul de a mesteca ceva, să te joci cu ceva (lemn, plastic). Primele zile ești nervos, penibil – dar momentele sunt scurte. Nevoia dispare treptat dar ea poate reveni. Când nevoia de a fuma este foarte puternică arătați-vă mai puternic decât ea! După o săptămână deja este mai ușor după acest sevraj. Dar atenție, recăderea este posibilă după 3-4 luni!

Nu mai luați țigări, nu cumpărați scrumiere, examinați motivele care v-au determinat să le reluați. Ele s-ar putea repeta! La o petrecere se poate relua obiceiul după un pahar de alcool. Atunci renunță la băuturi alcoolice câteva săptămâni. Evitați compania persoanelor care fumează și locurile în care se fumează! Este indicat , ca prietenii să nu fumeze în prezența voastră. Tentația tutunului va fi prezentă dar trebuie evitat, veți fi sprijinit eventual de un medic, psiholog sau de o asociație ce luptă împotriva fumatului. Recăderea în tabagism te ajută

să te cunoşti mai bine, deşi este dezagreabilă este un mod de a învăța să reacționezi într-o situație limită. Se crede că sunt necesare 3-4 încercări pentru a lăsa definitiv fumatul. Puneți costul pachetului într-o pușculiță și spuneți-vă „ce economie am făcut!" Când renunți la fumat este important să eviți alcoolul și ciocolata, pentru că sunt excitante. În Elveția cam 30% dintre persoanele între 13-15 ani spun că încearcă să renunțe dar nu pot.

Alcoolul. Reacțiile sunt foarte diferențiate! Când consumăm alcool avem reacții diferite în funcție de vârstă, sex, rezistență fizică. Este știut că tinerii sunt cei mai vulnerabili – fapt demonstrat teoretic și practic.

La 12 ani o persoană care bea 10-12 beri poate chiar să moară. Se crede că fetele se îmbată mai ușor pentru că au mai mult țesut adipos.

Constituția fizică are un rol important (raportul volumul mușchilor : țesut adipos), de asemenea și greutatea deține o poziție decisivă în această stare.

Consumul considerat normal este diferit pentru fiecare dintre noi! În unele țări musulmane alcoolul este total interzis. Concentrația este foarte importantă, ea ne face, sau nu, mai veseli. Majoritatea țărilor europene au fixat o limită – să fie admis consumul de alcool în locurile publice, dar limita este de 18 ani pentru țările Europei Centrale și de Sud-Est și 20 de ani pentru Norvegia și Suedia.

La început este important să ai curajul să spui: „nu-mi place!". În același timp, afirmația „nu-mi place!" arată tărie când subiectul spune că a renunțat la alcool și toastează cu altceva (Coca-Cola).

Se mai fac exerciții cu propoziții de genul: „Astă seară beau, dar îmi iau precauții". Se recomandă mare atenție la petreceri, pentru deplasarea spre casă, mai ales cu un autovehicul.

De la plăcere la dependență...

De obicei 1-2 pahare de bere ori vin sunt băute cu prietenii, împreună cu aceştia. Modalitatea poate dura toată viața (1-2 ori pe săptămână). După un timp bem mai mult, ajungem să bem zilnic 1-5 pahare, mai ales persoanele care muncesc în condiții grele. Se formează un cerc vicios: prietenii nu mai sunt importanți, ci alcoolul; noi bem ca să regăsim

momentele de bunăstare sau să uităm starea de rău, de neplăcere; ne place senzația pe care o avem în corp, ne este mai bine cu alcool decât fără; avem tendința de a acoperi ceva rău prin alcool când suntem la muncă; avem dificultăți în familie; tristețe, singurătate; sau când ceea ce se așteaptă de la noi, este greu de atins. Dependența nu este doar dacă bei zilnic, ci și atunci când bei la ocazii, mult. Se pot bea 4 pahare, maximum de 3 ori pe săptămână. Limita aceasta evită posibilitatea de a deveni dependent.

Exemplificăm cele de mai sus cu „HEROINA" pentru că este foarte des utilizată.

În cazul consumului de heroină, dependența se instalează după o primă doză. Simptomele se referă la nevoia de drog, care este foarte mare, „dacă nu avem doza suntem bolnavi". Procurarea drogului ocupă cea mai mare parte a zilei și nimic nu mai are importanță.

În legătură cu sănătatea heroinomanului putem să afirmăm că deseori starea lui este deplorabilă. El trăiește din expediente, mănâncă puțin, doarme prost, ajunge în stradă, bolnav, cu febră, cu gripă. Se transmit boli grave prin injecții (SIDA, hepatită). Își schimbă între ei seringile uzate, ceea ce semnifică un risc de transmitere de viruși diverși. În unele țări s-a legiferat vânzarea de „stenbox" – cutiuță cu prezervative, tampoane, alcool și linguriță, dar acestea pot fi distribuite de organizații nonguvernamentale, gratuit pe stradă (Luxemburg, Franța).

Dacă heroina este pură apare pericolul paraliziei căilor respiratorii, a stopului cardio-respirator și chiar a sfârșitului letal.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. XIV. Rolul familiei în prevenirea consumului de droguri*
– aspecte sintetice –

Generic, dependența, concept larg răspândit și folosit în limbajul nostru comun, pare la prima vedere foarte simplu de descifrat. Fiind foarte frecvent folosit, aproape că nici nu ne mai gândim la ce înseamnă de fapt, la complexitatea sa. Îl asociem automat cu diverse acțiuni și comportamente, sau numai cu anumite situații, substanțe, simpla etichetare creând impresia, că știm despre ce discutăm, că suntem responsabili în manevrarea lingvistică a conceptului și în adoptarea unor atitudini profesioniste pentru rezolvarea problemei. Totuși, analizându-l în profunzime, descoperim o multitudine de interrelații care-l definesc și care merită a fi aprofundate. Poate părea surprinzătoare folosirea unui termen ca „bogăție", de relații cu nuanțe contrastante față de conotațiile negative ale termenului de dependență, însă ne dorim focalizarea atenției spre aspectele care pot da rezultate în urma identificării lor corecte, corelată cu intervenția de specialitate.

Principiile didactice, impun analiza semnificației de conținut a termenului de dependență, pornind de la elementele cunoscute și mai des vehiculate, noi vom parcurge progresiv etapele de explicare spre adâncirea sensului său teoretic și practic.

Cum se știe deja, în abordarea clasică dependența presupune ipostaza de supunere a individului față de substanțele fără de care aparent viața sa nu-și găsește sensul, direcția și orientarea. Persoana se complace în această stare, caracterizată ca având la bază o nevoie de

---

* Drd. MIRUNA MARCU (VĂLEAN)

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

consum imperioasă și persistentă, pentru a evita instalarea stării de rău fizic și/sau psihic ca urmare a neadministrării drogului. Altfel spus, dependența reprezintă starea fizică sau psihică, rezultată din interacțiunea organismului cu o substanță din categoria drogurilor, care implică nevoia de a lua substanța în mod repetat, pentru a se reinstala starea de plăcere produsă de aceasta și pentru a evita suferințele. (Liteanu, T., Ștefan, T., Stoica, C., 2005). Se poate sesiza, că noi am abordat dependența de drog, însă gama substanțelor și activităților care pot genera dependența este surprinzător de mare.

Spectrul adictiv include o relație de dependență dintre individ și un *produs, practică* sau *situație.* Fără a încerca o enumerare exhaustivă, vom trece în revistă o parte dintre situațiile cu potențial adictiv, pornind de la cele mai evidente și mai cunoscute și terminând cu cele care intră abia acum în atenția multora dintre noi. Astfel, alături de fumat și alcool, se înscriu: consumul excesiv de dulciuri (ex.ciocolată), jocurile de noroc, poker mecanic, jocurile video, jocurile de cărți, dependența de sex (adicția sexuală), workaholismul, internetul, pilulele dietetice, animalele de casă, colecțiile de obiecte, shopping-ul, hainele, excesul de viteză, pariurile sportive, farmacodependența. Toate acestea compun „harta" principalelor tipologii de comportamente adictive, care nu este nici pe departe univocă și definitivă.

În funcție de reperele științifice la care ne raportăm, vom găsi puncte de vedere ce încearcă să definească conceptul de dependență.

• *Abordarea medicală* definește dependența ca fiind un fenomen patologic (o boală) care necesită a fi diagnosticată în vederea începerii unei cure adecvate a cărei finalitate este revenirea la abstinență. În același cadru se recunoaște co-existența dependenței psihice alături de cea fizică, motiv pentru care nu s-au putut decela separat factori care să susțină etiologia numai pentru aspectul de natură fizică sau numai pentru cel de natură psihică. Ceea ce se poate rezolva complet din punct de vedere medical este starea de sevraj.

• *Abordarea sociologică* contestă naturaleța dependenței prin considerarea acesteia un produs contingent al activității științifice și o construcție socială. Alături de cele două se plasează concepția psihologică și filosofică. Prima conferă fenomenului un determinism social și cultural,

grevat pe un anume teren psihologic, iar cea de-a doua postulează dificultatea de asumare a condiției umane, exprimată prin abordarea unui anume stil de viață, o anume atitudine față de propria existență, „căutarea" riscurilor de mare intensitate fiind responsabile de instalarea comportamentului dependent.

Din *punct de vedere psihologic*, constructele explicative ale adoptării comportamentului dependent sunt următoarele: căutarea de senzații noi și intense (Marvin Zuckerman, 1972), stările metamotivaționale (Michael J. Apter, 1975, *Teoria inversării psihologice*), sistemul de acțiune (Loonis Eric, *Teoria generală a sistemului de acțiuni*), experimentarea timpurie a rolurilor adulte (Newcomb, 1996, *Teoria pseudo-maturității sau a dezvoltării precoce*), stima de sine, atitudinile și credințele față de viață, familii disfuncționale, învățarea socială, comportamentul problemă, raportul stres-adaptare, probleme în sfera afectivității, și global structura de personalitate. Deși nu a fost identificat cu o mare certitudine un anume tip de personalitate ce predispune la consumul de droguri, totuși elemente precum tendința spre *depresie, anxietate, căutarea identității* sunt inventariate ca factori facilitatori ai instalării comportamentelor adictive.

Unele studii au adus informații interesante cu privire la preferința pentru anumite droguri. Astfel s-au emis păreri conform cărora consumatorii de amfetamine preferă acest tip de drog, datorită proprietăților stimulative pe care acestea îl generează în vederea reajustării, în sensul întăririi, sentimentului valorii personale și a adoptării mecanismului defensiv care conține confruntarea activă cu mediul.

Există și păreri care asociază consumul de heroină și de barbiturice cu ideea de retragere și de evitare a intimității, ca forme de apărare împotriva impulsurilor distructive care pot acționa asupra persoanei. O altă idee vehiculată se referă la folosirea drogurilor, în general, fie pentru a permite, fie pentru a preveni instalarea regresiei. Au existat afirmații conform cărora consumul de droguri s-ar datora nu doar ajutorului pe care acestea îl oferă persoanei în apărarea împotriva propriilor sentimente ci și posibilității ca aceasta să experimenteze sentimente de fuziune cu „obiectele" dragi, experiență care în mod normal este evitată prin mecanisme de apărare rigide împotriva oricărei agresiuni.

Conform **teoriei psihanalitice** consumul de droguri ar consta în blocajul în stadiul oral al evoluției individului. Raportul dintre independență și dependență este adus în discuție și reprezintă unul dintre marile paradoxuri care caracterizează structura consumatorilor de drog. Aceștia prezintă dependență față de drog însă substratul este cel mai adesea de exprimare a sentimentelor printr-un acces costisitor de originalitate.

Independența trebuie înțeleasă ca o formă de eliberare de tensiuni interne, de rezolvare a conflictelor existențiale, de construire a unui edificiu afectiv dezirabil, în care dorințele prind contur și culoare. Această cromatică iluzorie poate fi readusă în viața individului ori de câte ori acesta dorește, instalându-și atotputernicia prin transformarea persoanei într-un veritabil rob al dorințelor de o clipă, veșnic neconcretizate în viața reală. Raportul simbolic iluzie-realitate își schimbă polaritatea astfel că mirajul dobândit prin administrarea drogului devine din ce în ce mai seducător, râvnit, modificându-și dimensiunile temporale în detrimentul plauzibilului ce poate fi atins, cu resursele existente, activate în starea de veghe, adică în viața reală. Și astfel se începe construirea strategiei de viață, pe baza unor satisfacții de moment, care conferă o falsă independență față de lumea exterioară.

Ne întrebăm adesea ce face dependența atât de puternică. Practic totul începe cu un simplu gest de tatonare – „vreau să văd doar cum este" – și apoi continuă cu „nu se poate întâmpla mare lucru dacă mai iau și mâine". Se ajunge ușor la un control inautentic („pot să mă las oricând") și se transformă în forma ineluctabilă a consumului asumat: „am nevoie..., nu pot fără drog". Metaforic vorbind, situația poate fi comparată cu un dans, la început lent, dar care progresiv devine mai intens și totodată, incomprehensibil, de nestăvilit. Conform unor opinii, formula de lucru a dependenței presupune trei concepte principale. Acestea sunt *dorința irezistibilă*, („craving") *consumul excesiv* și *invocarea oricărei activități*. Asocierea dintre ele delimitează dependența ca fiind „implicarea repetată într-o anumită activitate, în pofida costurilor excesive, din cauza dorinței irezistibile" (Horvath, A. T., 2006). Același autor explică și implicațiile fiecăruia dintre termeni, astfel :

– **Dorința irezistibilă** constă „într-o experiență completă: sentimente, gânduri, senzații, imagini. Când se produce, doriți cu tărie o anumită substanță sau activitate. Trebuie neapărat s-o obțineți, deveniți nervos și iritabil, simțiți că nu mai puteți fără ea, începeți să vă pierdeți interesul față de orice altceva, vă amintiți de o plăcere anterioară și o așteptați cu nerăbdare pe următoarea";

– **Consumul excesiv** presupune discrepanța dintre costuri și beneficii, în cazul dependenței „opusul unui târg avantajos";

– **Orice activitate** „în prezent reiese că orice substanță sau activitate (subliniem *orice*) poate duce la dependență, pentru că dependența este un tip de **relație** între un individ și o substanță sau o activitate. Individul contribuie activ la relația care creează dependență, nu este o victimă pasivă a unei substanțe sau a unei activități. Dacă am fi la discreția anumitor substanțe sau activități, oricine este expus contactului cu ele ar deveni dependent, dar acest lucru nu se întâmplă ".

La baza instalării dependenței stă un complex de factori. Cu toate acestea, standardul socio-economic scăzut nu poate fi incriminat ca fiind factorul determinant în adoptarea comportamentului dependent. Nu toți indivizii cu posibilități financiare precare dezvoltă o asemenea formă de „adaptare" la mediu, după cum nu toți oamenii care experimentează diferite evenimente stresante apelează la droguri. Astfel ceea ce contează în înțelegerea fenomenului este strategia de viață a individului, ca rezultat al modelării sale pe baza experiențelor de viață dobândite, sau contemplate, adică modul personal de rezolvare a problemelor.

Adicțiile pot avea ca scop generarea sentimentului că aparții unui grup, o confirmare a propriei ideologii, evitarea durerii de a fi rejectat, sau de a uita problemele care te „macină". Toate acestea denotă fragilități în abordarea factorilor contextuali și sociali care acționează asupra noastră, precum și o formare personală deficitară. Un adolescent, care are un comportament discordant în raport cu expectanțele părinților și care pierde valorizarea din partea acestora, va căuta reacții compensatoare și recompense în altă parte. În acest caz, lipsa alternativelor pozitive de valorizare este cu siguranță un motiv important. Consumul de droguri poate fi, de asemenea, o metodă de a menține homeostezia familiei, în situația în care copilul

percepe probleme de relaționare, agresivitate sau iminența unui divorț al părinților săi. Prin problema apărută se redirecționează atenția părinților și astfel lista priorităților este modificată. Două concepte sunt extrem de mult utilizate fie când este vorba de cauzalitate, fie când este tratată problematica recuperării. Acestea sunt *suportul familial* și *suportul social.*

Suportul social constă în deschiderea de oportunități de participare a copiilor și adolescenților la activități având caracter cultural, public prin intermediul cărora aceștia se pot simți utili, preocupați și educați în spiritul asumării de responsabilități și a deprinderii de abilități pentru viață care să aibă implicații relaționate cu munca. Este necesar a se acorda o atenție deosebită cultivării respectului față de sine și față de ceilalți, dezvoltarea încrederii în propriul potențial, depășirea timidității, dezvoltarea abilităților de a rezista la presiunea grupului. Școala și religia sunt alte două coordonate importante în procesul de socializare prin intermediul lor dobândindu-se atitudini pro-sociale și credințe sănătoase de viață.

Prin **suport familial** adecvat se înțelege prezența activă a membrilor familiei în viața copilului sau a tânărului, expectanțe realiste în raport cu posibilitățile de dezvoltare ale acestuia.

Considerăm de asemenea necesar a trasa diferența dintre dependență și abuzul de substanțe. ABUZUL DE SUBSTANȚE poate fi catalogat în sine doar în condițiile în care consumul de alcool sau droguri are efecte nedorite asupra vieții personale și asupra vieții celor cu care consumatorul interacționează. Tot la fel de bine, vorbim despre adicție doar în situația în care apar simptome fizice ca urmare a renunțării, sau toleranței la substanță.

Perspectiva actuală asupra dependenței nu arată deloc îmbucurător. Asistăm la o **asimetrie nedorită**, numărul persoanelor care dezvoltă adicții este într-o evidentă creștere, iar vârsta de debut mult în scădere. Mai mult, se întâmplă des ca persoanele să aibă mai multe dependențe (polidependență):

- fumează și consumă alcool;
- își administrează mai multe droguri;
- combină consumul de droguri cu alcoolul etc

În literatură au fost identificate „stadiile de schimbare" care caracterizează procesul volițional al persoanelor dependente:

• Precontemplația – dependența nu este percepută ca o problemă (absența problemei);

• Contemplația – acceptarea existenței problemei și prospectarea unor posibile măsuri de anulare a acesteia;

• Determinarea – etapa pașilor mărunți (aproximativ 1 lună);

• Acțiunea – implicarea individului este consistentă, presupune accesarea tuturor resurselor de care acesta dispune, pentru a realiza schimbări comportamentale semnificative (între 1 zi și 6 luni);

• Menținerea – rezultatele obținute prin celelalte faze, determină sporirea dorinței de a nu reveni la dependență;

• Încheierea – se produce dacă într-un interval de 2-5 ani nu a reapărut dorința și comportamentul de consum;

• Recăderea – cea mai puțin dezirabilă fază a ciclului de schimbare, constă în reînceperea consumului.

Literatura de resort a identificat resurse importante ce pot fi explorate, în procesul de consiliere, pentru alimentarea voinței consumatorilor în sensul renunțării la consum:

• Convingerea că dependența le este dăunătoare și dorința de a o înfrunta;

• Sentimentul de a se simți suficient de puternic de a fi în stare să accepte renunțarea și viața fără apel la substanță;

• Identificarea unui număr optim de alternative pentru a face ca viața să merite să fie trăită.

Astfel, consilierea persoanei dependente trebuie să țină seama de dezvoltarea simțului valorii personale și de evaluarea clară a condițiilor de viață, muncă, sociale, familiale, culturale, financiare specifice fiecărui caz, în care subiectul se întoarce după petrecerea timpului în cadrul ședințelor. În procesul consilierii este recomandată formularea *scopurile pe termen lung și scurt* ce modelează strategia de viață a fiecărui individ, raportate atât la problema adicției în mod specific, dar și la celelalte probleme care îi compun existența. Scopul este acela de a-l ajuta să găsească **strategii de supraviețuire pozitive**, constructive și corespunzătoare mediului în care acesta revine.

Sintetizând o parte dintre palierele vieţii, care pot fi ajustate prin intermediul consilierii de specialitate şi a psihoterapiei, amintim selectiv următoarele:

- Rezolvarea sau evitarea problemelor legale;
- Reducerea sancţiunilor şcolare şi a conflictelor în sala de clasă;
- Abilităţi de a rezista presiunii grupului;
- Rezolvarea problemelor financiare, prin obţinerea unui loc de muncă şi obţinerea unui venit lunar;
- Restabilirea stabilităţii financiare;
- Perspectiva formării unei cariere;
- Deschiderea unor oportunităţi de a demonstra abilităţi în realizarea activităţilor de succes;
- Reaşezarea stabilităţii relaţionale în familie;
- Formarea unor sentimente pozitive faţă de familie;
- Contribuţii la îmbunătăţirea stării de sănătate;
- Deprinderea unor metode eficiente de rezistenţă la stres;
- Încercare de diminuare a agresivităţii;
- Dezvoltarea de abilităţi de rezolvare a problemelor şi de luare a deciziilor;
- Deprinderea unor metode de relaxare;
- Recunoaşterea şi exprimarea sentimentelor;
- „Paşi" în dezvoltarea autocontrolului;
- Deprinderea unor modalităţi de adaptare eficientă la locul de muncă, la şcoală etc.;
- Dezvoltarea reţelei de suport social;
- Implicarea în viaţa socială, în activităţi recreative (în şcoală şi în comunitate);
- Feed-back-uri pentru creşterea nivelului stimei de sine şi a simţului valorii personale.

Horvath, A., T (2006) inventariază şi exemplifică beneficiile şi costurile dependenţei prin intermediul antrenamentului practic, ce determină autoanaliza, din cadrul exerciţiilor propuse de autor, pentru învingerea dependenţei. Noi le vom prezenta în continuare sub forma unui tabel comparativ, pentru a inventaria **pretextele** care se pot găsi pentru iniţierea şi **menţinerea consumului**, dar şi **implicaţiile** sale:

„Beneficii"	Costuri
Beneficii emoționale (emoții negative) • Să învinge teama și anxietatea; • Să învinge tristețea și depresia; • Să învinge furia; • Să învinge rușinea sau vinovăția; • Să învinge sila sau dezgustul; • Să învinge plictiseala; • Să învinge surescitarea; • Să învinge epuizarea emoțională; • Să învinge, să elimin sau să reduc sentimentul de despărțire sau singurătate; • Să învinge o stare generală de suferință emoțională; • Să învinge alte sentimente negative • Să-mi stabilizez sentimentele. *Beneficii emoționale (emoții pozitive)* • Să-mi intensific stările emotive pozitive; • Să mă simt încrezător în mine însumi și demn de respect; • Să am o experiență plăcută; • Să ating o stare de euforie; • Să mă simt complet viu; • Să mă simt normal.	*Costuri emoționale* • Teamă și anxietate; • Tristețe și depresie; • Furie; • Rușine sau vinovăție; • Silă sau dezgust; • Plictiseală; • Surescitare; • Epuizare amoțională; • Un sentiment de despărțire sau singurătate; • Instabilitate emoțională; • O stare generală de rău, pesimism sau durere; • Un sentiment de nevrednicie; • O senzație de moarte; • Tendințe sinucigașe; • Senzații ciudate, anormale sau de nebunie; • Sentimentul de scăpare de sub control; • Alte sentimente negative
Beneficii sociale: • Să răspund presiunilor sociale de a mă angaja în dependență, • Să-mi ameliorez capacitățile sociale, • Să simt că fac parte dintr-un grup; • Să fac față sentimentelor de inadaptare socială; • Să mă integrez; • Să mă simt important; • Să reacționez la conflictele cu ceilalți; • Să mă revolt; • Să scap de copiii mei.	*Costuri sociale:* • Reducerea capacității de integrare; • Scăderea abilităților sociale; • Conflicte cu alții; • Petrecerea timpului cu persoane pe care nu le respect cu adevărat sau care nu-mi plac; • Reducerea timpului petrecut cu persoanele la care țin; • Perturbarea sau terminarea unor relații care ocupau un loc central în viața mea.

Beneficii intelectuale: • Să fiu creator; • Să gândesc mai bine; • Să scap de amintirile neplăcute.	*Costuri intelectuale:* • Scăderea creativității; • Capacitate redusă de a gândi limpede; • Slăbire a memoriei;
Alte beneficii: • Să-mi pun la încercare autocontrolul; • Să am activități în viața mea personală.	*Costuri fizice și de sănătate:* • Stare generală de sănătate mai proastă; • Infecții sau dezordini cauzate de dependență; • Igienă personală defectuoasă și aspect nesănătos; • Dureri și disfuncții fizice; • Poftă repetată („craving"); • Scăderea energiei și rezistenței; • Reducerea plăcerii sexuale; • Somn deficitar; • Simptome psihotice; • Simptome de sevraj; • Probleme de sănătate ale fătului în stadiul intrauterin. *Costuri financiare* • Bani cheltuiți în mod direct pentru procurarea drogului; • Bani cheltuiți pentru a face față consecințelor dependenței; • Bani cheltuiți pe dobânzi; la rate etc.; • Bani pierduți pentru că se câștigă mai puțin; • Bani pierduți pentru că v-au scăpat ocazii de reușită, succes; • Economii cheltuite (desființate); • Datorii necauzate de dependență; • Impozite neplătite; • Stres asociat cu probleme financiare; • Dificultăți de plătire a obligațiilor și necesităților elementare. *Pierderi de timp:* • Timp pierdut datorită instalării dependenței; • Timp consumat în mod direct pentru dependență: pregătirile pentru a vă angaja în ea, desfășurarea propriu zisă, perioada de revenire după ce ați efectuat-o;

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

	• Timp consumat pentru a face față consecințelor dependenței; • Timp consumat pentru a evita activități importante, fiindcă vă simțeați incapabil să le faceți. ***Costuri legale:*** – Sancțiuni pentru condusul sub influența băuturilor alcoolice, amenzi, urmărire penală etc. ***Costuri de muncă și productivitate:*** • Reducerea capacității de a munci, de a învăța sau de a lucra productiv; • Absențe frecvente de la serviciu, școală, facultate; • Afectarea capacității de a conduce mașina sau de a acționa instalațiile; • Accidente cauzate de dependență, în mod direct sau prin urmările acesteia; • Scăderea productivității sau a capacității în domeniul hobby-urilor ori al intereselor personale; • Reducerea timpului alocat activităților care mă interesează direct. ***Reducerea integrității personale:*** • Atitudini necinstite față de alții; • Atitudini nesincere față de propria persoană,; • Reducerea sau dispariția respectului de sine; • Atitudini iresponsabile față de obligații importante; • Dezamăgirea unor persoane la care țineți; • Atitudini aflate în conflict cu valorile profunde ale dumneavoastră; • Atitudini aflate în conflict cu Eul dumneavoastră spiritual (sau în conflict cu Dumnezeu).

Vă lansăm invitația de a reflecta și dumneavoastră asupra lor!

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Încercarea de reducere a dependenței este un proces deosebit de complex și este indicat să se realizeze sub **supervizare de specialitate.** În acest sens oferim o serie de recomandări specialiștilor, recomandări care pot fi lecturate și adaptate, în funcție de cazurile care le apar în sfera lor de activitate. Ele pot oferi informații în privința utilității procesului de consiliere a părinților, persoanelor care au prieteni, cunoștințe care au această problemă și publicului larg, în speranța sporirii încrederii de a apela la astfel de servicii.

Opiniile avizate în domeniu postulează informații legate de calitățile psihologului, de întrebările care ne ajută în stabilirea planului consilierii și de etapele efective ale acesteia. Astfel, cu privire la primul aspect menționat, este de dorit ca psihologul să îndeplinească următoarele cerințe in demersul său:

- Folosirea unei abordări pozitive cu toți subiecții;
- Individualizarea consilierii pentru fiecare caz;
- Abordarea problemei recuperării din perspectivă socială și de mediu;
- Folosirea de noi metode descoperite în domeniu și nerămânerea la cele devenite clasice;
- Abordarea unei perspective multiculturale în raport de contextul dezvoltării și de nevoile fiecărei persoane.

Alte calități necesare psihologului care facilitează procesul de consiliere ar fi: empatia, respectul, sensibilitatea culturală, toleranța și nonetichetarea , adică depășirea abordării subiectului , prin prisma diferențelor de etnie, religie, statutul socio-cultural, marital.

Principalele întrebări pe baza cărora procesul de consiliere este direcționat, planificat și coordonat cuprind următoarele idei de bază: diferențele dintre viața prezentă a subiectului și ce și-ar dori să fie; strategiile capabile să-l ajute să-și atingă scopurile, învingerea barierelor, activarea resurselor lui interne și externe, dar mai ales identificarea modalităților de utilizare eficientă a acestora.

Lewis, Judith, A., Dana, R. Q., Blevins, G., A., (2002) fac referire la principiile ce pot fi urmate în cadrul CONSILIERII INDIVIDUALE:

1. Stabilirea unei relații corespunzătoare cu subiectul, bazată pe autenticitate, respect, empatie, etc.

2. Facilitarea implicării subiectului în procesul de recuperare;

3. Stabilirea de scopuri realiste posibil de atins (viabile);

4. Promovarea cunoștințelor, abilităților și atitudinilor subiectului ce pot contribui la o schimbare pozitivă în comportamentul de consum;

5. Încurajarea și întărirea acțiunilor subiectului cu rol în progresul terapeutic;

6. Recunoașterea și descurajarea comportamentelor discordante cu scopurile propuse;

7. Alegerea contextului favorabil pentru implicarea persoanelor semnificative din viața subiectului în sprijinirea acestuia ca parte a procesului terapeutic;

8. Valorizarea cunoștințelor, abilităților și atitudinilor subiectului cu privire la menținerea stării de sănătate și prevenirea riscurilor asociate consumului;

9. Dezvoltarea unor abilități de viață asociate cu recuperarea;

10. Adaptarea consilierii la caracteristicile individuale ale subiectului, cu includerea, dar nu și limitarea la disfuncționalități, gen, orientare sexuală, nivel de dezvoltare, cultură, etnie, vârstă și status de sănătate;

11. Răspunsuri terapeutice constructive, atunci când comportamentul subiectului este diferit de scopurile stabilite ale recuperării;

12. Aplicarea de abilități proprii managementului de criză;

13. Facilitarea identificării, selectării și aplicării strategiilor subiectului, care ajută la susținerea cunoașterii, abilităților și atitudinilor necesare pentru menținerea progresului înregistrat și prevenirea recăderilor.

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

- **Prevenirea în familie**

A. Formarea moralității

Fenumen complex, cunoscut și comentat, moralitatea a fost definită în sens larg ca fiind interiorizarea valorilor culturii în care trăim, în care creștem, ne dezvoltăm profesional.

Stabilirea sistemului moral al copilului cuprinde două mari tipuri de interacțiuni sociale. Acestea sunt **interacțiuni sociale asimetrice** și **interacțiuni sociale simetrice**. Familia este considerată generatorul primar de modele de comportament și atitudini care sunt preluate, prelucrate și interiorizate de către copil, devenind în timp „lentila" prin care acesta își desăvârșește propriul stil de viață. Prima formă de interacțiune presupune transmiterea valorilor tocmai de către părinți, aceștia fiind înzestrați cu principiul autorității. În această situație transmiterea valorilor individuale și culturale se realizează prin interacțiune caracterizată prin autoritate, diferențe de statut și putere.

Cel de-al doilea tip de interacțiune presupune transmiterea valorilor între egali și se caracterizează prin dialog, discurs, cooperare și respect reciproc între indivizi care sunt, sau se percep ca fiind egali în cunoștințe, autoritate și putere (Habermas, 1990, *apud.*, Moshman, D., 2005). Se pare că această interacțiune este mai puternică în comparație cu prima. De aici se degajă ideea importanței cunoașterii anturajului copilului, ca **modalitate preventivă**, pentru instalarea și adoptarea unor valori, norme și conduite de viață deviante sau defectuoase, precum și o posibilă explicație a predominării valorilor promovate de grupul de prieteni asupra celor din familie. De reținut este și faptul că relațiile deschise, pozitive între părinți și grupul de prieteni ai copilului lor, pot conduce la „turnarea" acestuia membrului familiei de care ei se simt mai apropiați, în cazul perceperii iminenței consumului.

Efectul coercitiv al grupului se poate răsfrânge în cel puțin două moduri privind începerea consumului de droguri pentru un adolescent:

BCU "ȘTIINȚE" UNIVERSITY LIBRARY

prin presiune, în cazul în care cei din grup sunt consumatori sau **sprijinind doar consumul**, cu toate că grupul nu consumă.

„Exercițiul" consumul poate avea la bază și alte motive cum ar fi: valoarea comercială a drogului, faptul că este interzis de adulții cu autoritate, experimentarea alături de prieteni.

În literatura de resort, au fost identificate cel puțin trei paradigme care stau la baza formării moralității. Una dintre ele are ca și concept central ideea de dreptate, alta o definește ca și grijă, compasiune pentru cei din jur și ultima pune accent pe ideea de virtute.

Teoria lui Kohlberg (1981,1984, *apud.*, Moshman, D., 2005) cu privire la dezvoltarea moralității presupune parcurgerea a șase stadii:

1. **Moralitatea heteronomă** – regulile nu necesită justificare. Când subiectul este întrebat răspunde – **„De aia!"** Principiul copilului în evaluarea regulilor este în relație cu pedeapsa și autoritatea. Ceea ce este pedepsit, pentru el nu este moral;

2. **Individualism și schimb** – caracteristica centrală – **„Dinte pentru dinte!"** În această etapă apare conștientizarea faptului că pentru a-ți atinge scopurile trebuie să respecți și interesele celor cu care interrelaționezi. Acest stadiu durează până la vârsta de 10 ani;

3. **Așteptări reciproce** – apare nevoia de a nu dezamăgi pe cei din jur, relațiile se bazează pe încredere și loialitate. Acest stadiu începe de la vârsta de 10 ani și devine predominant în perioada adolescenței;

4. **Sistemul social** – raționamentul moral este determinat de societatea ca întreg. Stadiul este caracteristic perioadei adulte;

5. **Contactul social** – caracterizează societățile complexe, în care apar ciocnirile de cultură și implică evaluarea sistemului social dintr-o perspectivă socială apriorică;

6. **Principii etice universale** – moralitatea se pretează la evaluări METAETICE, reconstrucții și justificarea principiilor etice ale stadiului anterior.

Parcurgând aceste stadii, putem observa că *alegerile, comportamentele* și *întrebările* ce se ridică cu privire la moralitate, glisează înspre cele legate de **identitatea de sine, de imaginea de sine, de stima de sine.**

B. Factori de risc

Mecanismul prin intermediul căruia se poate creşte riscul **consumului şi abuzului de droguri în familie** este legat în special de următorii factori de risc:

- Expunerea la droguri;
- Tolerarea, permisivitatea consumului de droguri în familie;
- Conflictele maritale;
- Familiile disfuncționale;
- Elemente psihopatologice în familie;
- Neglijarea;
- Abuzul.

Unele păreri converg spre ideea conform căreia, abuzul de droguri la adolescenți apare ca urmare a dezorganizării familiei, cu toate consecințele psihologice derivate, motiv pentru care singura variantă percepută de aceştia prin care îşi pot exprima sentimentele este doar sub efectul drogului.

Din punct de vedere al psihopatologiei familiale, detaliem câteva puncte de vedere cu privire la factorii de risc ai consumului de droguri. Vorbim despre *familiile disfuncționale* în care unul sau ambii părinți au o problemă legată de consumul de droguri sau alcool, comportament violent etc.

Atmosfera este impregnată cu mesaje contradictorii, lipsită de empatie şi izolată. Familia ajunge în timp la izolare sau poate fi caracterizată printr-o *rețea socială dezorganizată.* Apar probleme colaterale consumului legate de dificultăți financiare, de coabitare. De multe ori, copilul este folosit pentru minimalizarea efectelor problemelor care apar. El este pus să mintă în privința motivului absenței părinților de la serviciu, în cazul în care reuşesc să îl păstreze, sau să ascundă urmele abuzului fizic asupra sa. Astfel, stresul social generat de mediul dezorganizat caracteristic familiilor care consuă abuziv droguri, pare a creşte riscul de consum în rândul adolescenților care aparțin unei astfel de structuri (Rhodes şi Jason 1990, *apud.*, Merikangas, K, R., Dierker, L., Fenton, B., 1998). Alți autori au semnalat în rândul adolescenților, experimentarea

unor niveluri mai mari de stres şi a unui număr mai mare de evenimente negative, în comparație cu cei ai căror părinți nu au legătură cu acest consum abuziv de droguri.

CONSUMUL DE ALCOOL ÎN FAMILIE a fost de asemenea identificat ca un factor de risc pentru începerea consumului de droguri la vârste mici, constatându-se în acelaşi timp prezența unui stres sever, uneori de intensitate psihiatrică.

Trăind într-un asemenea climat, profilul copilului poate dobândi următoarele orientări: se poate simți culpabil pentru modul în care este tratat unul dintre părinți, dezvoltând un comportament dependent, asumându-şi rolul parental. O altă ipostază este aceea a copilului problemă, care generează permanent necazuri pentru a atrage atenția părinților. Se implică emoțional în evenimentele din familie, menținând prin comportamente indezirabile familia unită (echilibru negativ). Tabloul se poate completa cu un alt model de conduită prin care se etalează un comportament imatur în comparație cu vârsta: copilul foloseşte umorul în scopul distragerii atenției de la agravarea problemelor din sistem, rețea de prieteni redusă, experimentarea drogurilor pentru a fi acceptat în grup. Comportamentul de izolare poate apărea ca urmare a ignoranței părinților în raport cu nevoile copilului. O altă variantă este adoptarea poziției de persecutor, speculând slăbiciunile membrilor familiei în vederea satisfacerii propriilor nevoi. Întregul set de ipoteze reflectă instabilitate emoțională şi constituie un pericol la fel de mare în ceea ce priveşte consumul de droguri

C. Comunicare şi comportament – Exigențe educative

Traseul parcurs de informație de la părinte la copil şi invers este mediat de o serie de factori care depind atât de modul în care informația este transmisă cât şi de gradul de receptivitate al copilului/adolescentului. Pe axa comunicării între cele două puncte menționate anterior intervin o serie de constructe cum ar fi: calitatea interrelaționării, disponibilitatea de comunicare, stabilirea limitelor,

întărirea pozitivă, rezolvarea de probleme și gradul de implicare. Toate acestea se constituie în indici care ajută la stabilirea eficienței comunicării între cele două părți și a gradului de încredere reciproc. Fiecare dintre cei doi actori principali ai comunicării învață pe baza unor astfel de indicatori, cum să comunice, ce și cât să comunice, cui să comunice și mai ales în ce scop.

Pentru o conturare mai exactă a acestei idei, vom face următoarea exemplificare. **Comportamentul democratic și întărirea pozitivă** constituie factori de protecție împotriva consumului de droguri. Astfel, este de preferat ca regulile și comportamentele solicitate de către părinți să nu fie impuse pur și simplu, ci să fie discutate în prealabil cu fiii, fiicele lor, pentru a se asigura înțelegerea acestora. Aplicarea normelor de către copii trebuie să fie realizată în condițiile conștientizării din partea acestora a utilității respectării lor dar și a posibilelor consecințe negative derivate din nerespectarea lor. În stabilirea normelor și regulilor un rol foarte important este deținut de posibilitatea exprimării părerii și argumentelor personale de către puberi/adolescenți. În acest mod este evitată soluția destul de frecventă, deși puțin dezirabilă și frustrantă, adoptată de către unii dintre părinți „faci asta pentru că așa spun eu", „faci așa pentru că eu știu mai bine". În contrast, poate apărea un alt mod de a „lua decizii", cel permisiv în care dictonul părinților este „fă cum vrei pentru că acum nu am timp de tine".

Implicarea copilului în luarea unor decizii cu privire la normele de conduită pe care urmează să le adopte înseamnă în primul rând dezvoltarea sentimentului de responsabilitate, el devenind un factor decizional al propriului comportament și nu doar un simplu executant necritic.

O altă exigență educativă se referă la constanța aplicării regulii de comportament, cu atât mai mult cu cât aceasta a fost stabilită de comun acord de către cele două părți. În acest sens, apare responsabilitatea ambilor părinți în a monitoriza respectarea ei. Nu sunt preferate comportamente de tipul „astăzi am o zi bună și poți să stai mai mult cu prietenii afară". Pentru continuitate și verticalitate în comportament se recomandă ca nerespectarea regulii să atragă sancțiuni acceptabile din partea părinților.

Expresia „consiliu de familie" folosită destul de des încă în multe familii, în special când sunt prezente situații conflictuale, reprezintă un cadru de discuții la care sunt prezenți toți membri unei familii și care are ca scop **estomparea sau rezolvarea conflictelor**. În vederea scăderii „rezistenței" unor membri de a participa la întâlnire, este recomandabil ca reunirea familiei să fie făcută și în situațiile în care se pregătesc evenimente pozitive pentru familie: organizarea zilelor de naștere, prezența familiei la un eveniment social al unui membru etc.

Părinții stimulativi sunt cei care obțin cele mai bune și mai durabile rezultate privind comportamentul copiilor. Aceștia implică copilul în luarea deciziilor, dezvoltă sentimentul de responsabilitate, aleg momentul potrivit în care să înceapă discuția în funcție de subiectul ce trebuie dezbătut, nu expun rezoluțiile înainte de a asculta și analiza motivele care au stat la baza comportamentului copilului, iar sancțiunile sunt relaționate cu faptele. Pentru stimularea copiilor se pot utiliza mai multe tipuri de suport. Din punct de vedere al eficienței în educație se recomandă ca tipuri de suport cele *sociale și acțiunile.* Concret, suportul social constă în transmiterea unor semnificații pozitive prin forme ale limbajului verbal și nonverbal de tipul: încurajări, zâmbete, ascultare activă. Acțiunile se referă la derularea unor activități comune, care au rolul de a mări coeziunea grupului și de a spori comunicarea: amenajarea grădinii, construirea unor obiecte, vizionarea unor programe la televizor, ca exemple.

Tumultul zilnic al vieții profesionale face ca modalitatea învățată mai mult forțat de a rezolva problemele în acest domeniu să infuzeze și implicit să transforme atmosfera caldă și tandră a vieții de familie. Astfel dobândirea și utilizarea unor atitudini parcimonioase acasă secătuiesc **patrimoniul afectiv al familiei**, crescând gradul de vulnerabilitate și permeabilitate la factori negativi.

O consecință evidentă a acestei vulnerabilizări este reprezentată de apariția, dar mai ales de multiplicarea numărului conflictelor în familie. Acestea alături de expunerea la niveluri ridicate de stres acut

sau cronic, deprivarea socială, lipsa suportului, comunicarea deficitară, abuzul fizic, emoțional și sexual constituie **factori familiali nespecifici** care cresc riscul consumului și mai ales al abuzului de droguri în rândul descendenților. Rata ridicată a divorțurilor în rândul persoanelor cu consum abuziv de droguri poate fi asociată cu riscurile considerabile privind dezvoltarea consumului de droguri la urmași și a comportamentului deviant ca urmare a unei structuri familiale dezorganizate (Merikangas, K, R., Dierker, L., Fenton, B., 1998; Răşcanu, Ruxandra, 2004).

Calitatea vieții familiei se deteriorează gradat, prin apariția problemelor de comunicare și a comportamentelor de evitare între parteneri, sau între aceștia și copil/adolescent. Un exemplu sugestiv este cazul izolarii copilului în propria cameră și petrecerea exclusivă a timpului liber în fața calculatorului, sau în cercul de prieteni. Cele două forme de „parteneriat" vor deveni recunoscute de către copil/adolescent ca surse de informare, de descărcare emoțională, de relaxare și vor șubrezi în timp **valoarea părinților ca model** în ceea ce privește rezolvarea de probleme în contextul unor situații dificile.

Vagabondajul a fost identificat ca o modalitate a unor preadolescenți și adolescenți de a evita activ supravegherea din partea adulților (Stoolmiller, 1994, *apud.*, Dishion, T., J., și McMahon, R., J., 1998). Aceștia au tendința de a petrece din ce în ce mai mult timp cât mai departe de locul unde locuiesc, fără a informa părinții asupra destinației, scopului și mai ales a anturajului.

Nevoia copilului de a fi ascultat și înțeles se reflectă în dorința acestuia de a găsi surogate care să îndeplinească aceleași funcții afectogene specifice relației părinte-copil.

Unele dintre pretextele cel mai des invocate de către elevi în prezent, mai ales față de lipsa de comunicare la nivel familial se referă la faptul că părinții nu au timp suficient să-i asculte, fiind foarte angrenați în viața profesională și nu le înțeleg problemele și filosofia lor proprie de viață. Astfel, situații precum lipsa de implicare a părinților, delegarea responsabilității de educare către școală, supralicitarea

materială ca formă compensatorie pentru deficitul înregistrat în sfera emoțională denaturează imaginea copilului cu privire la familie ca mod de referință în privința comportamentului, în contexte deosebite de viață specifice vârstei.

Ca un element oarecum distinct din punct de vedere al conținutului, dar reprezentând tot un tip de DEPENDENȚĂ, CEA FAȚĂ DE MUNCĂ, studii recente evidențiază o preocupare crescândă în legătură cu acest subiect care afectează sănătatea mentală a familiei și a societății în general.

Nu ne propunem să insistăm asupra altor forme de dependență, ci le amintim tangențial, din perspectiva legăturilor cu subiectul dezbătut pe larg în cadrul acestui capitol.

UTILIZAREA EFICIENTĂ A TIMPULUI LIBER pare a fi un posibil remediu, pentru absența legăturilor consistente dintre părinți și copii din timpul săptămînii. Ca o exigență educativă a acestui aspect am putea să recomandăm petrecerea weekend-ului în familie, și participarea întregii familii la masa de prânz duminica, unde pot fi ușor verificate, corectate sau asimilate o serie de reguli de politețe și comportament social. Deși ideea poate părea demodată, nevoia de hrană face parte din categoria nevoilor de bază, așa încât nu poate fi evitată, efortul rămânând doar la nivelul disponibilității de participare a fiecărui membru de familie.

Prezența părinților în cadrul unor activități extrașcolare ale elevilor, la competiții sportive, concursuri, serbări, proiecte, reprezintă tot atâtea ocazii de petrecere a timpului împreună, de cunoaștere a preocupărilor copiilor, a nevoilor și dorințelor lor, a succeselor lor. Demotivarea elevilor privind participarea la astfel de activități, și înlocuirea lor cu altele mai puțin sanogene, survin și ca urmare a încercărilor repetate, eșuate de a-și etala munca în fața părinților, ei lovindu-se însă de un absenteism major din partea acestora.

O altă exigență educativă ce decurge din cele expuse reclamă monitorizarea activităților extrașcolare ale elevilor. Elevii pot fi

informați asupra faptului că participarea la activitățile extrașcolare nu poate fi utilizată ca pretext pentru petrecerea timpului departe de casă și că în acest scop părintele poate verifica periodic respectarea programului extrașcolar. Astfel, supravegherea comportamentului elevilor nu trebuie limitată la mediul familial, ci trebuie extrapolată și asupra comportamentului la școală, cunoașterea randamentului școlar, a realizării sarcinilor, a prietenilor săi și după cum am văzut asupra comportamentului în activități extrașcolare și de petrecere a timpului liber.

În cazul în care, părintele are bănuiala (are părerea) că tânărul din familie ar putea consuma droguri, cea mai importantă măsură este de a nu-l amenința, de a nu anticipa în mod catastrofic situația de consum și de a nu intra în panică.

Este bine să îi câștigați încrederea că el poate să vă spună orice și să îi explicați beneficiile întreruperii la scurt timp a consumului. Nu încercați să rezolvați problema în felul dumneavoastră, ci apelați la ajutor de specialitate, chiar pentru a învăța, sau îmbunătăți, modalitățile de comunicare de care dispuneți. Fiți alături de fiul/fiica dumneavoastră în toate demersurile pe care le întreprinde pentru a renunța la consum. **Confirmarea consumului, reprezintă de multe ori primul pas spre vindecare.** Nu încercați ca din acest moment să-l faceți răspunzător pentru toate problemele care apar în familie.

Părinții ar putea să-și continue activitatea profesională și socială, pe cât posibil, în mod normal. Dezechilibrarea dumneavoastră, ca părinți, ca model de adult, nu va ajuta procesul de recuperare, ba chiar poate acutiza sentimentul de culpabilitate al tânărului din familie, care va găsi ca refugiu, din nou, drogul. E important ca acesta să rămână acasă, într-un mediu securizatnt și optim începerii procesului de recuperare. Altfel, poate fugi de acasă, ceea ce face mai dificilă, supervizarea și decizia de a renunța la consumul de drog. De asemenea, se poate implica în acțiuni infracționale ca: furt, spargeri, fie pentru a face rost de bani pentru a-și procura droguri, fie pentru a

cumpăra droguri celor care-i oferă găzduire, și care-l „înțeleg" că procedează în acest mod.

Înarmați-vă cu răbdare și tact; este foarte posibil să aveți parte de rezistențe, opoziții, trucuri și minciuni. Faceți un plan de acțiune împreună și colaborați cu persoanele semnificative afectiv și social din anturajul copilului dumneavoastră. Adoptați măsuri constructive de educație în cazul în care unele comportamente și reguli sunt din planul terapeutic al recuperării și care se referă la dinamica de familie, dar nu sunt respectate. Nici pentru el nu este foarte simplu, trebuie știut și ținut cont de acest aspect.

Totodată, păstrați-vă fermitatea și nu deveniți complici la situație pe baza suferințelor etalate de consumator (exagerate de multe ori).

Alte modalități ineficiente de comunicare, care trebuiesc evitate pot fi următoarele:

- Generalizarea – *„Tu întotdeauna ai făcut doar ce ai vrut!, Nu ai ascultat niciodată!"*;
- Ridicarea vocii;
- Reproșul: *„La câte sacrificii am făcut pentru ca să ai de toate..."*;
- Acuzarea, amenințarea – *„Doar tu ești de vină pentru tot ce ni se întâmplă!*; *Nu mai vreau să știu de tine!"* etc.;
- Ridiculizarea, ironizarea – *„În sfârșit ai făcut și tu ceva în viața asta. Acuma văd într-adevăr pe cine am crescut!"*.

D. Rolul monitorizării și supravegherii copiilor în familie

Conform unor date din literatura de specialitate, **rolul familiei** pentru prevenție este interconectat cu următoarele aspecte: sistemul **motivațional și axiologic** la care se raportează fiecare familie; monitorizarea și structurarea activităților, a mediului fizic și a sistemului de relații ale copilului; managementul comportamentului (obținerea de rezultate pozitive în comportamentul copiilor prin

utilizarea unui eşafodaj stimulativ, fixarea limitelor şi negocierea). Calitatea relaţiei din interiorul familiei este decisivă pentru bunăstarea şi dezvoltarea socială a copilului (Belski şi Nezworski, 1998, *apud.*, Dishion, T., J., şi McMahon, R., J., 1998).

În continuare vom sintetiza câteva opinii relevante pentru exemplificarea şi operaţionalizarea **fenomenului de monitorizare.** Monitorizarea reprezintă o modalitate eficientă, chiar dacă nu suficientă, în prevenirea tulburărilor de comportament. In sens general, termenul de monitorizare cuprinde:

A. structurarea şi urmărirea componentelor din mediile fizice, psihologice şi sociale de dezvoltare şi interacţiune ale copiilor;

B. aplicarea unor metode specifice etapei de dezvoltare în care se află copilul;

C. evaluarea variatelor contexte ecologice relevante din punct de vedere al dezvoltării copilului pentru vârsta la care acesta se află (casă, şcoală, etc);

D. operarea distincţiei între sistemul socio-cognitiv al părinţilor şi comportamentul acestora.

Principalele domenii în care prezenţa sau absenţa monitorizării pare a avea un rol important sunt: siguranţa copilului, comportamentul antisocial, consumul de droguri şi randamentul şcolar.

Intrarea în şcolă îndeplineşte alături de componenta strict intelectuală şi valenţe socializatoare importante, prin care copilul este pregătit pentru relaţia cu alţii din comunitate.

Din acest motiv el nu trebuie total abandonat şcolii, ci trebuie cunoscute noile comportamente în care acesta se angajează. Atitudinea în clasă, pe terenul de joacă, pe stradă, în mijloacele de transport, absenteismul, activităţile extraşcolare, prietenii recenţi şi preocupările acestora reprezintă tot atâtea puncte de referinţă pentru traiectoria sa evolutivă.

Se consideră faptul că RELAŢIA POZITIVĂ PĂRINTE-COPIL stimulează dorinţa de monitorizare a copilului şi *folosirea de bune practici în managementul comportamentului acestuia.*

BCU "LUCIAN BLAGA" CLUJ-NAPOCA CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Rezultatele școlare bune, conduc la aprecieri pozitive din partea părinților, accentuează sentimentul valorii personale și stimulează dorința de îmbunătățire a calității vieții de familie. La polul opus, un randament școlar scăzut, poate conduce la reacții negative din partea părinților care inoportunează dezvoltarea relaționării în familie. Rezultatele școlare slabe, nu de puține ori sunt un indiciu al consumului de droguri. Există studii care evidențiază existența legăturii dintre nivele scăzute ale monitorizării parentale și rezultatele școlare doar în rândul băieților cu vârste cuprinse între 9-12 ani. (Crouter și colab. 1990, *apud.*, Dishion, T., J., și McMahon, R., J., 1998). Deși în acest sector există încă rezultate contradictorii, autorii vor să atragă atenția asupra *intervenției multifactoriale în legătura monitorizare – randament școlar*. Astfel, variabile precum familii nucleare sau monoparentale, statutul profesional al mamei, educația părinților pot contribui la o coordonare mai mult sau mai puțin reușită în privința atenței acordate copiilor. Alături de acestea mai pot fi amintite standardul socio-economic al familiei și familia extinsă, șomajul și problemele de sănătate.

Sintetizând o serie de constatări Dishion, T., J. Și McMahon J., R., (1998), lărgesc cadrul de prezentare a implicațiilor cauzate de supravegheri insuficiente: otrăviri accidentale, expunere la pericole în zona casei, mânuirea de substanțe periculoase în magazinele alimentare, accidente pe terenul de joacă.

În privința relației dintre monitorizare și consumul de droguri s-a ajuns la câteva rezultate importante. Unii autori au asociat nivelul scăzut de monitorizare parentală cu debutul timpuriu al consumului de droguri (Baumrind și colab. 1985; Brown și colab. 1993; Fletcher și colab. 1995, *apud.*, Dishion, T., J., și McMahon, R., J., 1998). Alte opinii au evidențiat diferențe de gen în ceea ce privește monitorizarea, accentuând că este mai frecventă în rândul fetelor. Un alt aspect subliniat se referă la corelarea directă și indirectă dintre monitorizarea parentală și consumul de alcool și marihuana în rândul adolescenților.

Monitorizarea parentală a comportamentului și activităților copiilor, după terminarea programului de la școală este de asemenea de importanță majoră pentru evitarea debutului precoce a consumului de droguri. Un studiu arată faptul că 80% din episoadele de debut ale fumatului au apărut în casele prietenilor în lipsa supravegherii unui adult. (Friedman și colab. 1985, *apud.*, Dishion, T., J., și McMahon, R., J., 1998).

Funcția monitorizării este una importantă în procesul prevenirii consumului de droguri și este indicat să se manifeste în corelație cu vârsta măcar până la sfârșitul adolescenței și începutul vieții adulte.

E. Elemente de ecologie pentru copil și puber

Complementar celor menționate până aici, expresia **"ecologia copilului"** întregește conceptul de prevenire. Ecologia copilului se referă la un complex de factori și condiții de mediu, sociale, culturale familiale, care conferă o stare de bine, mai precis obiectivul urmărit este bunăstarea copilului. În mod generic, aceasta presupune sănătate, funcționare optimă, relații sociale pozitive și ecologie socială: siguranță, respectarea drepturilor, justiție socială și participarea la acțiuni, activități din societatea civilă.

Spațiul ecologic și cultural al copilului este văzut ca fiind compus din activități precum: masa în familie, vizitarea rudelor, privitul la televizor, jocuri video, plimbări cu prietenii, a avea grijă de ceilalți frați, ritualuri înainte de culcare, a juca fotbal, mersul la biserică. Toate sunt generate de cultură și pe care, mai apoi, tot ele o formează. Putem vorbi chiar de o **cultură a familiei.**

Imaginarea și multiplicarea unor instrumente care să măsoare activitățile copiilor și modul în care își folosesc timpul ar evidenția implicare lor în societate la nivel individual și de grup și ar etala diferențe între grupurile de copii din cadrul aceleiași societăți.

A. Sevrajul – simptome

Stare de rău generală;
Dureri osoase și musculare;
Migrene;
Senzația de vomă;
Vărsături;
Dureri gastrice;
Senzația de a urina foarte frecvent;
Frisoane;
Transpirație;
Hipersecreție lacrimală;
Rinoree;
Strănuturi frecvente;
Agitație psiho-motorie;
Agresivitate;
Halucinații;
Tendințe de suicid.

Sevrajul este o stare psiho-fizică pe care toxicomanul o experimentează la întreruperea consumului ce i-a provocat dependența. Faza de sevraj durează între 7-10 zile și este urmată de faza de post-cură. Sevrajul consumatorului constituie momentul în care părintele nu știe ce să facă, apare disperarea. Mediul spitalicesc este cel mai sigur pentru această perioadă.

Constituie un risc important de supradoză, prin pierderea toleranței!

BCU IASI UNIVERSITY LIBRARY

B. Indici generali ai consumului de drog

Scăderea în greutate;
Pielea uscată;
Părul casant;
Miros metalic;
Transpirație abundentă;
Urme de înțepături;
Lipsa poftei de mâncare;
Minciuna;
Agitația;
Schimbări în comportament și atitudine;
Dezinteres față de propria persoană și/sau față de cei din jur;
Oboseală inexplicabilă;
Somnolență;
Schimbări în vestimentație, alegerea articolelor de îmbrăcăminte cu mânecă lungă, chiar și vara, pentru a ascunde urmele de înțepături;
Gesturi necontrolate de a-și freca brațul în care își administrează drogul;
Tulburări de somn;
Răsucirea cearceafului în timpul somnului;
Absențe la școală;
Scăderea randamentului școlar;
Lipsa de acasă chiar și pe timpul nopții;
Creșterea cheltuielilor fără a putea fi justificate;
Dispariția unor obiecte de dimensiuni mici, dar de valoare mare din casă (ex. bijuterii);
Deteriorarea globală a stării de sănătate.

Elementele enumerate mai sus vă pot orienta în cazul eventualității consumului de drog la un adolescent. Nu este necesar ca întreaga gamă de semne să apară la o singură persoană. Fiecare caz se compune din diverse combinații între aceste semne și simptome. Tabloul simptomatologic depinde și de alți factori cum ar fi tipul de drog consumat, durata consumului, afecțiuni asociate, etc.

Importantă rămâne ideea de a acorda atenție copilului dumneavoastră!

BCU IAȘI

C. Indicatori ai consumului de marihuana

Ochii injectați;
Mioză (contractarea pupilei);
Tulburări de coordonare ale mersului și acțiunilor;
Somnolență (când efectul devine mai slab);
În cameră, sau printre lucruri se pot găsi : hârtii rulate, pipe;
Hainele au un miros specific de frunze arse;
Manifestări anxioase mai ales la începători;
Accentuarea apetitului și a setei;
Creșterea apetitului de socializare;
Absența inhibițiilor;
Tendința de a vorbi și râde mai mult decât în mod obișnuit;
Stare de euforie;
Învață cu greutate;
Distorsiunea perceperii timpului.

Consumul de marihuana predispune la accidente de mașină, ca urmare a tulburării capacității perceptive, capacitate scăzută de reacție la semnale vizuale și auditive din trafic. Este afectată vigilența, coordonarea, concentrarea, timpul de reacție.

Efectele consumului de marihuana mai depind de modul de administrare, experiența consumatorului, și folosirea altor droguri.

Mai este denumită și iarbă!

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

D. Indicatori ai consumului de heroină

Midriază (dilatarea pupilelor);
Tegumente palide;
Scăderea poftei de mâncare;
Fumează foarte mult;
Detașat, până la indiferență față de lumea înconjurătoare;
Efectul este urmat de grețuri, vărsături, insomnie sau somnolență;
În preajma consumatorului se pot găsi : pipe, ace, seringi, folie de aluminiu, linguriță, fiole cu apă distilată, sare de lămâie sau helas etc;
Degradare în sfera școlară, socială;
Urme de înțepături, cicatrice la nivelul antebrațelor și chiar interdigital;
Miros specific de oțet.

Se poate prezenta sub forma unei pudre cu gust amar, a cărei culoare poate varia de la alb la maro. Efectele sale durează un interval cuprins între 2-3 ore.

- **acționează rapid, injectată în 15-30 secunde și fumată în 7 secunde.**

BCU IASI/CENTRU DE DOCUMENTARE ȘI INFORMARE ȘTIINȚIFICĂ/LIBRARY

E. Indicatori ai consumului de cocaină

Midriază;
Logoree specifică;
Atitudine de superioritate;
Omnipotență declarată;
Hiperactivitate motrică;
Inhibarea senzației de somn și foame (nu simt nevoia de somn, sau de a mânca)
Ochi injectați sau încercănați care trădează o oboseală cronică ;
Rinoree (nasul curge în permanență);
Subponderabilitate;
Iritabilitate;
Irascibilitate;
Pot apărea halucinații auditive și zoopsihice (aud diverse voci; pretind că simt cum se plimbă viețuitoare minuscule pe sub piele);
Tentative de suicid;

Asupra consumatorului pot fi găsite pliculețe cu pulbere albă, cristalină, cu gust amar și miros slab de benzină și instrumente folosite pentru administrarea drogului: linguri, curele, seringi, bandaje, ace etc.

Se prezintă sub formă de pulbere cristalină, de culoare albă. (pudră, gheață, zăpadă)

Drog puternic stimulent, obținut din frunzele arborelui de coca.

BCU IASI / UNIVERSITY LIBRARY

F. Indicatori ai consumului de amfetamine

Pupile dilatate;
Lipsa poftei de mâncare;
Agresivitate,
Dispare nevoia de somn;
Dispare senzația de oboseală;
După efect stare de epuizare generală,
Se pot găsi asupra consumatorilor tablete de diverse mărimi, forme și culori.

Se poate folosi pentru mărirea performanțelor: la școală, pentru examene, la facultate etc.

Decesul poate surveni ca urmare a tulburărilor de ritm cardiac.

Dorim să subliniem faptul că noi am încercat să prezentăm un „flash" în problema importantă a rolului familiei în domeniul delicat al consumului și dependenței de drog. Graficele de mai sus sunt ilustrative, generic prezente la orice subiect în atari situații, dar rămân orientative pentru profesori, părinți etc.

BCU "IOAN SLAVICI" CENTRU DE RESURSE UNIVERSITARE LIBRARY

Cap. XV. EFORTURI ROMÂNEȘTI ÎN LUPTA ANTIDROG*

Agenția Națională Antidrog, funcționează ca organ de specialitate cu personalitate juridică, în cadrul Ministerului Internelor și Reformei Administrative. A.N.A. este cea care formulează propuneri de politici de prevenire și combatere a traficului și consumului ilicit de droguri. Un alt domeniu de activitate este reprezentat de coordonarea activităților de reducere a cererii și ofertei de droguri la nivel național, dar și de implementarea politicilor europene în acest domeniu.

Planul de acțiune al Strategiei Naționale Antidrog precum și strategiile județene Antidrog au la bază următorul cadru legislativ:

a. Hotărârea nr. 1489 din 18 decembrie 2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog;

b. Legea nr. 143 din 26 iulie 2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările ulterioare.

Chiar dacă România este „copilul cel mai mic" al Uniunii Europene, activitatea complexă de tip preventiv și de supervizare a consumului și traficului de droguri ține cont de acțiunile și actele normative existente în domeniu. Astfel, sunt generic legate de strategia Antidrog a Uniunii Europene ca și planul de acțiune al strategiei antidrog, măsurile, intervențiile naționale și internaționale.

În cadrul legislativ al A.N.A. se înscrie și Convenția Unică asupra stupefiantelor din 1961, urmată de Convenția Națiunilor Unite din 1971 asupra substanțelor psihotrope ca și de Convenția Națiunilor Unite din 1988 contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope.

---

* Redactat împreună cu prof. dr. PAVEL ABRAHAM.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Pentru buna desfășurare a acestei activități de mare complexitate în răspunderea morală, A.N.A. a încheiat parteneriate operaționale de colaborare la nivel central cu:

1. Ministerul Sănătății Publice,
2. Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului,
3. Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse,
4. Agenția Națională pentru Sprijinirea Inițiativelor Tinerilor,
5. Autoritatea Națională pentru Tineret
6. Autoritatea națională pentru Protecția Drepturilor Copilului,
7. Administrația Națională a Penitenciarelor,
8. Ministerul Justiției,
9. Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă etc.

La nivel local, A.N.A., prin unitățile sale teritoriale – **Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog** – a semnat ***46 de parteneriate*** în scopul implementării obiectivelor Strategiilor județene antidrog, cât și la nivelul sectoarelor din capitala României.

Din punct de vedere al activității teritoriale, cele **46 de strategii județene** au fost semnate de reprezentanții autorităților locale: prefectură, consiliul local. Astfel, în anul 2007, Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au implementat ***53 proiecte*** inter-instituționale de prevenire a consumului de droguri destinate populației școlare (CPECA – Inspectorate Școlare Județene, Inspectoratele de Poliție Județene).

Reunite sub genericul „Bune practici" între activitățile inițiate, imaginate și sperăm adecvate populației tinere putem nota:

1. „Hai să vorbim" – **CPECA Sector 3;**
2. „Fii SMART fără tutun" și „Eu știu, eu sunt informat" – **CPECA Bacău;**
3. „Cluburi antidrog", „Depinde de tine", „Prieteni, ajutați copiii să spună DA vieții" – **CPECA Constanța;**
4. „10 la sănătate" – **CPECA Timiș;**
5. „Dați o șansă vieții" – **CPECA Vaslui;** „P.A.S. – Parteneriat antidrog în școală" – **CPECA Tulcea;**
6. „Viitorul îți aparține" – **CPECA Cluj;**
7. „Cu condeiul în lupta antidrog" – **CPECA Brăila.**

BCU IAȘI - BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

A.N.A. supervizează proiectele naționale și locale inter-instituționale antidrog în care au fost implicați peste 800.000 de elevi și încearcă măsuri de prevenire generală, complexă și solicitantă în mediul școlar lucrând **40.000 de cadre didactice și aprox. 50.000 de părinți.**

La nivel central, A.N.A. a încheiat 36 de protocoale cu ONG-uri din domeniul reducerii cererii de droguri. **La nivel local** s-au încheiat **428 de protocoale cu organizații** neguvernamentale teritoriale.

Pe aceeași linie a **bunelor practici** s-a stabilit o deosebită și complexă cooperare cu ONG-urile naționale:

1. *Asociația Alianța pentru Luptă Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (A.L.I.A.T.),*
2. *Fundația de Îngrijiri Comunitare,*
3. *Federația Internațională a Comunităților Educative din România (FICE),*
4. *Teen Challenge România,*
5. *Asociația Română Anti-SIDA.*

Recent înființat CENTRUL INTERNAȚIONAL ANTIDROG ȘI PENTRU DREPTURILE OMULUI-CIADO (mai 2008) a realizat

- *Proiectul Național Cultural* **„Arta contra Drog"**
- *Un Spectacol de dans* **„Lord of the Dance"**
- *Concerte extraordinare* **cu participarea lui Julio Iglesias** sub moto-ul **„Fii Antidrog!", „Fii voluntar!", „Fii alături de noi!"**

A.N.A. a înțeles că specialiștii formați în condițiile activității complexe, trebuie să ajungă la cooperarea cu ONG-urile internaționale, fapt pentru care s-au realizat mai multe relații cu organizațiile următoare:

1. **Fundația De Hoop (Olanda), formare specialiști în adicții**
2. **Institutul MISTEL (GERMANIA) – proiectul PEER DRIVE CLEAN**
3. **International Council on Alcohol and Addictions**
4. **Hazelden (SUA)**
5. **CelS Roma**
6. **Federația Italiană a Comunităților Terapeutice**
7. **De Sleutel (Olanda)**
8. **Universitățile din Gent (Olanda), Sterling (Scoția), Alicantes (Spania)**
9. **Caritas (Germania).**

Agenția și-a extins monitorizarea prin avizarea de voluntari antidrog. Aceștia sunt cei pe care se bazează continuu, iar numărul lor este de 1378 dintre care 137 la sediul central A.N.A., iar 1241 la CPECA.

Agenția se ocupă de această formare a voluntarilor și cooperează cu instituții de tip academic. La nivel național s-au efectuat două strategii de formare destinate elevilor voluntari în cadrul programului național „Mesajul meu antidrog". Există un model de parteneriat A.N.A. – F.I.C.E. România – Inspectoratul Școlar al Municipiului București, al cărui obiectiv este reducerea consumului dar și a ofertei de droguri.

În țară s-au organizat mai multe evenimente, țintind cooperarea pentru prevenirea consumului de droguri. Astfel, în județul Covasna s-a desfășurat conferința cu tema: „Prevenirea consumului de tutun, alcool, droguri și a comportamentului sexual cu risc la adolescenți". În județul Timiș s-a derulat acțiunea „Antidrog-Antidoping", iar în județul Constanța a avut loc acțiunea „Didactica antidrog".

Cooperarea cu mediul academic îmbracă mai multe forme, fiind organizate cursuri de masterat, având ca temă centrală reducerea consumului de droguri. Facultatea de Sociologie și Asistență Socială din cadrul Universității din București organizează cursul de „Prevenire și combatere a consumului de droguri", iar Universitatea „Petre Andrei" din Iași organizează cursul „Consiliere, terapie și reintegrare socială a consumatorilor de droguri".

De asemenea, pe aceeași linie, prof. univ. dr. Ruxandra Rășcanu susține cursul „Psihologie și Psihopatologie în dependența de drog la adolescenți", din cadrul Academiei de Poliție „Alexandru Ioan Cuza", un veritabil ghid interactiv pentru lucrătorii din Poliție, pentru părinți și alți specialiști.

În scopul reducerii ofertei de droguri se derulează cursul privind „Combaterea traficului ilicit de droguri", curs organizat de Academia de Poliție „Alexandru Ioan Cuza" în colaborare cu prof. univ. dr. Ruxandra Rășcanu și prof. univ. dr. Marian Preda.

Școala Doctorală din cadrul Facultății de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea din București desfășoară cursuri și dezvoltă teme de cercetare care sunt axate pe informare și reducerea ofertei de droguri.

BCU UNIVERSITARIA LIBRARY

Concluzii

• Flagelul drogurilor reprezintă un fenomen înspăimântător prin amploare şi gravitate în societatea contemporană, iar în ultimul deceniu şi în România.

• Cea mai vulnerabilă categorie expusă consumului de droguri o reprezintă tinerii, ei fiind un grup cu risc, mai ales în jurul vârstei de terminare a şcolii (18-19 ani).

• Pe măsura trecerii timpului consumul de drog instalat iniţial ca **tendinţă** tinde să devină **dependenţă**, la vârste din ce în ce mai mici, ajungând la 10-12 ani (în unele ţări chiar sub 10 ani).

• Dependenţa de drog conform definiţiei Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, reprezintă starea psihică sau fizică, ce rezultă din interacţiunea unui organism cu a unui medicament, caracterizată prin modificări de comportament şi de alte reacţii, însoţite întotdeauna de nevoia de a lua substanţe în mod continuu sau periodic, pentru a-i resimţi efectele psihice şi uneori pentru a evita suferinţele, starea de dependenţă putând fi însoţită sau nu de toleranţă. Ea, treptat, devine o problemă complexă: medicală , psihică şi socială.

• Printre pacienţii clinicilor specializate în dependenţa de drog din marile oraşe, se constată o mare proporţie de şomeri, cu puţine relaţii sociale stabile, care, de regulă, duc o viaţă dezorganizată.

• Tinerii sunt, în genere, curioşi şi foarte labili în opţiunile pe care le fac. Din dorinţa de a brava, din spiritul de imitaţie, ori fiind tentaţi să caute un refugiu, cel mai adesea ei merg la prima „întâlnire" cu drogul, dornici de experienţe noi şi aventuroase. Consumul de drog îl seduce ulterior ajungând singura lui raţiune de a mai exista, chiar „zeificându-l" în special în obţinerea unor stări nemaiîntâlnite anterior şi care să îi aşeze într-o lumină „specială" în faţa grupului de prieteni.

• În societatea românească există date statistice (deşi încă disparate) din ce în ce mai multe persoane din anumite categorii sociale devin vulnerabile la abuzul de drog: persoane care trăiesc sub pragul sărăciei, adolescenţi şi tineri care se confruntă cu şomajul, au perspective incerte, tineri cu diferite probleme speciale şi care provin din familii dezorganizate, delincvenţii juvenili etc.

• Instabilitatea în plan psihic este dublată, pe măsura creşterii frecvenţei consumului de droguri, de manifestări de tip imaturitate şi de scăderea stimei de sine, în plan comportamental, psihic.

• Teoretic şi practic, trecerile de la o stare de disconfort la una de satisfacţie sunt condiţionate sau asociate cu trecerile de la abstinenţă la consumul de drog, având mecanisme complicate şi complexe, relativ elucidate şi nu total agreate de specialiştii din domeniul neuropsihofiziologiei, medicinei, toxicologiei.

• Consumatorii de drog adoptă „normativitatea" grupului deviant care este atât grupul de apartenenţă cât şi cel de referinţă. Înclinaţia de polarizare a lumii şi regulilor consumatorilor de drog care o guvernează, se accentuează în timp. Ca urmare, comportamentul „impregnat" de regulile şi principiile grupului deviant, nu va putea fi altfel decât **antisocial, de nonconformism.** Dar, ceea ce pentru consumatorul de drog constituie o soluţie optimă, o „inovaţie", este de fapt, o autocondamnare la distrugerea prin obicei, boală sau viciu dobândit în diferite modalităţi.

• Odată cu permanentizarea comportamentului de consum exagerat de drog, creşte şi toleranţa la frustrare. Dacă un consumator ocazional de drog tolerează mai greu etichetările şi remarcile percepute drept acuzatoare, ale celor din jur, odată cu trecerea timpului se realizează un fel de **imunizare** la acest tip de agenţi stresanţi în plan psihosocial.

• Grupul de consumator de drog se caracterizează printr-un comportament impregnat cu tendinţe psihopatologice şi dezadaptative.

Aceste tendinţe care subliniază vulnerabilitatea şi fragilitatea personalităţii sunt ascunse sub masca unui comportament provocator, ce presupune asumarea unor riscuri majore. Însă riscul este conceput diferit în grupul consumatorilor de drog, faţă de societate, în general.

Consumul de droguri implică un risc deosebit, însă acest risc nu este total conștientizat. Pentru persoanele care consumă drog sunt importante efectele imediate și nu cele de perspectivă, singurul risc pe care și-l asumă într-adevăr este acela de a nu se conforma normelor majoritare și de a primi o **etichetă negativă.**

• Odată cu mărirea frecvenței consumului de substanțe psihoafective se înregistrează o accentuare a înclinațiilor psihopatologice și a „derapajului" comportamental.

Consumatorii de drog își construiesc propria lume în care se retrag și pe care o opun realității obiective.

Dacă lumea înconjurătoare este percepută drept solicitantă și frustrantă, realitatea pe care și-o construiesc prin intermediul drogului este de natură să le furnizeze satisfacție, chiar dacă numai pentru moment.

Fiind raportat la sisteme de valori diferite, de către grupul deviant și cel majoritar, consumul de drog este conceput fie ca un **„răspuns eficient"** la cerințele mediului, fie ca o practică ce frizează patologicul și în final duce la autodistrugere.

Grupul, cel care adoptă dependenții este de multe ori suprapus pe structura familiei de origine. Fie familia, fie grupul în sens larg sunt fenomene sociale care pot și trebuie înțelese ca **veritabile oglinzi** în care imaginile nu sunt fidel reflectate ci și deformat refractate și de aici decurge dificultatea de identificare și intervenție psihoterapeutică, deficiențe de evaluare etc.

În acord cu numeroase studii efectuate în diverse zone ale globului – credem că persoanele care devin dependente (de alcool, tutun, droguri ilicite) sunt structuri deosebire, friabile, cu elemente de imaturitate, cu note de depresie ori anxietate (în grade și intensități diferite). Acestui fundal genetic de programare, de predispoziție pentru adicție i se adaugă o infinitate de factori și probleme de ordin social socioeconomic, demografic, cultural etc.

Psihologii care au cercetat fenomenul dependenței ca și modalități complexe de intervenție psihoterapeutică susțin (Miller Rollnick, 2002) că dorința de a consuma un drog se poate opune dorinței de a te complace în situația care scapă controlului – fenomen legat de dificultatea schimbării pe care persoana trebuie s-o accepte și să acționeze conform cu sensul înțeles și auto propus.

De aceea, voci autorizare din cercetarea nord-americană, de pe continentul european şi nu numai – subliniază că decizia de a consuma se ia relativ uşor, aproape indiferent de vârstă, sex, pregătire şcoală, statutul socio-economic sau marital, în timp ce decizia de a renunța (de a te abține) se ia cu foarte mare greutate şi oricum, în cele mai frecvente cazuri este temporală, cu note de ezitare, tatonare, care aduc subiectul în situația de reluare a consumului, de multe ori la supradoze şi foarte trist, la exitus.

Balanța abstinență – recădere este cunoscută şi recunoscută ca fiind extrem de sensibilă, într-un echilibru precar, ambele sisteme ale ei fiind necesar a fi susținute psihoterapeutic şi medicamentos.

La spitalele de profil, în policlinici şi sisteme ambulatorii din Belgia, Olanda, Franța, Luxemburg etc., sunt organizate veritabile echipe alcătuite din: medic specializat, psiholog, psihoterapeuți abilitați pentru intervenția în cazul dependenței de drog şi a recăderilor (inclusiv sevraj), asistenți sociali, asistenți medicali şi infirmieri, ca şi kinetoterapeuți şi profesori de educație fizică.

Echipa complexă are componenți interdisciplinari cu atribuții şi roluri bine stabilite, iar competențele unora sunt doar aparent limitate, dependentul de drog rămânând în „custodia" respectivă luni şi chiar ani în care se realizează legături afective puternice.

Autoarea acestei cărți a vizitat şi participat secvențial la procesul de monitorizare şi tratament complex al dependenților de drog în Belgia, Olanda, Luxemburg şi Portugalia. Asistența psihologică este de departe cea mai întinsă în timp: în Franța şi Belgia minimum 18 luni, timp în care şedințele de psihoterapie adecvată şi individualizată se fixează bisăptămânal şi uneori chiar mai des. În Belgia, Norvegia şi Luxemburg, mai recent şi în Franța, medicul este cel care intervine în tratamentul specific autorizat (farmacologic) al dependentului de drog; intoxicarea şi sevrajul fiind considerate ca urgențe medicale. Dar după 4-21 de zile, timp în care conform unui grafic personalizat alcătuit pentru fiecare dependent ajuns la clinică la dezintoxicare (dezalcolizare), medicul trece în plan secund şi toată responsabilitatea de menținere a abstinenței începute, o realizează **psihologul/psihoterapeutul** prin tehnici diverse care merg de la cele de

tip psihanalitic (din ce în ce mai puțin eficiente în ultimul deceniu, în acest domeniu) până la cele mai eficace precum cele de tip cognitiv-comportamental.

Rezultă de aici, sperăm, cu suficientă claritate că rolul psihologului în echipă este continuu: în perioada tatonării de către dependent a posibilităților de tratament spitalicesc sau ambulatoriu (mai puțin recomandabil); în perioada cât se face tratamentul medicamentos ca un suport al disfuncțiilor care pot apărea ajungând la „permeabilizarea" interrelațiilor personale și mai ales continuu în sistemul post-cură, așa cum deja am arătat, pe termen lung sau în mod ideal, nelimitat.

Specialistului în psihologie, – psihoterapie, îi sunt clare atribuțiile medicului și limitele tratamentelor medicamentoase: pilulele sunt insuficiente pentru ca orice drog să fie total metabolizat și transformat în substanță ineficientă. Pastilele administrate de medic pot acționa asupra metabolismului drogurilor, pot fi supervizate de trunchiul cerebral și conform unor cercetări foarte recente de formațiunea amigdaliană – dar total insuficiente pentru abstinență. Doar cu un interviu sinergic: familia, prieteni, asistentul social – recăderea are șanse mai mici în acest sens.

Rolul formațiunilor în jugularea posibilităților de stopare a poftei („craving") de consum – mai ales la un dependent este din ce în ce mai studiat pentru eventualele intervenții farmacologice ulterioare.

Voci din ce în ce mai cunoscute și autorizate în plan științific insistă în a sublinia veleitățile psihoterapiilor cognitiv-comportamentale – fapt ce ar trebui să determine formarea, abilitarea terapeuților în acest câmp al psihoterapiilor și la noi în țară, unde sunt deja concretizate unele eforturi.

Adjuvantele curei de dezintoxicare , detoxifiere sunt din ce în ce mai bine acceptate și eficiente. Specialiștii din Europa Occidentală utilizează ergoterapeuți și profesori de educație fizică pentru ca pacienții dependenți să facă permanent mișcare sub controlul specialiștilor. În Vestul Europei există în Centre de Detoxifiere săli speciale de gimnastică, aparatură sofisticată, saune etc. Recent, în București, în cadrul Spitalului pentru Studenți s-a deschis Centrul pentru Detoxifierea Adolescenților Consumatori de Drog, care are în dotare și asemenea elemente ce fac parte din eforturile generale de estompare și tratare a consumatorilor de drog, tineri și adolescenți.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Rezumat

Prezentul material este o introducere în complicatele şi delicatele angrenaje specifice consumului şi dependenţei de drog. Conştientă că doar abordările complexe privind tentaţia consumului de droguri, fie ele legale sau ilegale, pot explica fenomenul, autoarea încearcă o sintetică trecere în revistă a istoricului în acest domeniu a posibilelor treceri de la dorinţă la obicei şi consum cronic, la dependenţa psihică şi fizică. Această „adopţie" diferă de la persoană la persoană, funcţie de tipul drogului folosit, de perioada de consum şi de combinaţia de droguri.

Trecând în revistă atitudini „pro" şi „contra" faţă de interpretări ale consumului şi dependenţei, autoarea insistă pe structurarea unui set de factori interni, externi, biologici, ereditari, ca şi socio-economici şi culturali care, separat sau împreună, pot determina atitudini, decizii, suferinţe, dar şi abstinenţă şi tratament.

Varii modele explicative ale fenomenologiei dependenţei de drog din literatura de specialitate sunt corelate cu rezultatele unor cercetări autohtone, în special la adolescenţi şi tineri, în oraşe mari din România: Bucureşti, Constanţa, Timişoara.

Concentrată pe aprofundarea conduitelor antisociale la populaţia tânără, studiile din ultimele două decenii evidenţiază nu doar prezenţa unor atitudini generic denumite „comportament juvenil antisocial" ci forme noi, dar totodată vechi, de „evadare", care sunt **drogurile** – devenite veritabile semnale de alarmă pentru familie şi societate în general. Structurarea ***dependenţei***, practic poate fi considerată nelimitată, înseamnă nevoia imperioasă de tutun, alcool, cafea, mâncare, sex, TV, de droguri ilegale şi de medicamente, cu implicaţiile cunoscute.

BCU CLUJ / UNIVERSITY LIBRARY

Rezultatele investigațiilor autoarilor, începute încă din anul 1999 în licee bucureștene și nu numai, reliefează aspecte care au reușit să șocheze inițial unele medii. De aceea, eforturile în plan psiho-clinic și social la vârstele tinere, trebuie concertate pentru înțelegerea atitudinilor, a opțiunilor cu politicile macrosociale, cu atitudinile de deschidere și cooperare din psihologia sănătății, pentru a diminua riscurile consumului de droguri la nivel național.

Alimentat de rețele internaționale cu dealeri autohtoni sau străini, consumul de drog a cuprins arii din ce în ce mai largi de puberi și adolescenți cu deplasarea acestui consum spre vârste din ce în ce mai mici, consum determinat de varii motive și fiind de multe ori răspunzător de violență, furturi, jafuri și chiar crimă – mai ales atunci când este imperioasă necesitatea procurării dozelor de drog, în perioada de abstinență-sevraj.

Încercând să prezinte riscurile la care se expun consumatorii de alcool, dar mai ales de droguri ilicite, prezentul material le enumeră pe cele rezultate din cercetări științifice (accidente, violență casnică, HIV/SIDA prin sex neprotejat, hepatite, boli cardiace, pierderea locului de muncă etc.) identificând în același timp o serie de probleme accentuate de modificările neuro-psiho-fiziologice: anxietate, depresie, sindrom osesivo-fobic, tulburări de comportament etc.

Beneficiind de formarea psihoclinică și psihoterapeutică efectuată în România dar și în Belgia, Portugalia și Luxemburg, autoarea emite păreri și sugerează soluții în planul intervențiilor preventive, al alternativelor de tratament complex medical și psihoterapeutic, dar mai ales își exprimă crezul științific de interrelaționare flexibilă între diverși specialiști, pentru estomparea fenomenului dependenței de drog.

Munca în **echipă de tip interdisciplinar**, poate debuta cu monitorizarea datelor despre consumatori, a problemelor și factorilor de risc individualizat, ce instigă tinerii îndreptându-i spre luarea unor decizii *„speciale"*, dar mai ales cu deschidere spre ***dialogul*** cu medicul, cu psihologul, cu familia, cu asistentul social, cu prietenii.

În această activitate dificilă, complexă și fără satisfacții imediate, credem că doar elemente de puternică ***motivație intrinsecă*** a specialiștilor pot menține un tonus de echilibru, doar formarea unor

abilități de intervenție promptă, tolerantă și empatică pot influența atitudini specifice consumatorilor de drog și nu în ultimul rând, pot furniza guvernanților sugestii pentru strategii pe termen mediu și lung.

Studiile și cercetările secvențiale întreprinse în țara noastră au rolul și importanța lor, chiar dacă în prezent nu dispunem de o *„hartă"* unitară a datelor statistice privind dependența de droguri. Aceste cercetări prezintă selectiv doar unele repere efectuate de specialiști din domeniul sănătății, psihologiei, sociologiei și juridicului, și chiar dacă nu sunt cele mai reprezentative, aduc un plus de cunoaștere a **profilului consumatorilor** și dependenților de drog din România Ele vor ajuta la structurarea unor măsuri de intervenție de tip longitudinal, cu necesitatea formării unor echipe de specialiști ce vor reuși să abordeze cu mai multă deschidere problematica domeniului – în care experiența teoretică și practică nu este niciodată suficientă ori completă.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

SUMMARY

Our study tries to uncover some intricate and delicate aspects of drug use and addiction.

Fully aware that complexity is the for any approach better understanding of what use and abuse of (legal or illegal) drugs means, the authour offers a synthetic history of the subject, focusing on the opportunities which might trap people to go beyond need toward chronic use, the psychological and physical addiction. Such an "adoption" differs from one people to another, from one drug to another, depending on the period of use and the combination of drugs.

Pointing out several "for and against" theories when pondering over use and abuse of drugs, the authour insists upon a set of inner, outer biological and hereditary factors, as well as the socio-economical and cultural ones: separately or combined, they could attitudes, decisions, sufferings but also the power to reduce or even cut short the use of drugs, followed by therapy.

We combine various explanatory models of drugs use available in literature with the results of Romanian research centred mainly upon teenegers and young adults living in big cities like Bucharest, Constanta, Timisoara.

Conducted during the last two decades and centred upon clearifying the antisocial behaviour of the young, many studies have underlined not only attitudes generically called "antisocial juvenile behaviour" but also forms – however old ones – of "escape": drugs; they grew and started to frighten our families and our society. Abuse, which could be virtually unlimited, means too much smoking, alchool, food, sex, TV, ilegal drugs or medication etc.

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

Started in 1999 in high schools in Bucharest and other centres, our researches aspects which simply offended people at first. As it comes, in order to understand the attitudes and options of the young, it is our belief that we all have to join efforts: on the psycho-clinic and social grounds as well as on the field of macrosocial policies, toward opening and psychological assistance, thus diminishing the risks of drugs use in our country.

Supported by international networks with home or foreign dealers, drug use expanded to youngsters like plague, reaching even children; users admit being driven by different reasons and many times they are responsable for violence, theft even criminal assault – especially when the urge to get a"shot" is vital in periods of temperance (abstinence) and lack (severe reaction).

Tryng to expose the risks alchool addicts – but more important, illegal drug addicts – run, our study reviews those based on scientific research: (accidents, family violence, HIV/SIDA due to unprotected sex, hepatitis (liver disease), cardiac problems, being fired, at the same time identifying a series of troubles emphasized by neuro-psycho-physiological changes: anxiety, depressive disorders, syndroms.

Based on solid psycho-clinical and psycho-therapeutical experience, gained from courses in Romania but also in Belgium, Netherlands, Portugal and Luxembourg, the author gives their opinions and offers solutions for prophylactic measures, for alternative complex medical and psychological therapy; on the whole, they express their scientific belief in a flexible interaction of the experts, in order to reduce drug use and abuse.

Interdisciplinary team work should start by monitorizing data regarding consumers, problems and individualized risk factors involved (responsible for the young's "***special***" decisions) but mostly by opening the ***dialogue*** with physicians, psychologists, family, friends or social workers.

Such a difficult, complex and with no immediate resutls work should lean on the strong ***inner motivation*** of the experts who maintain the balance and it should also lean on new abilities for immediate action, tolerancy and empathy which could finally influence the specific attitudes of drug users and they could offer the guvernment opportunities to elaborate medium and long term strategies.

In our country, sequential studies and research play an important part, though so far there is no complete "map" on the statistical data concerning drug dependence. Conducted by experts physicians, psychologists, sociologists and legal advisers, even if they are not the most representative, such research bring a new perspective on the profile of the drug comsumer/addict in Romania – and we selected some of them in our study. They will help us create longitudinal intervening measures, activited by teams of experts who would be able to this field, theoretical and practical experience is never exhausted.

Prof. dr. Ruxandra Răşcanu

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBLIOGRAFIE

AUDERSET, MARIE-JOSE, HELD, J. B., BLOCH-LAINE, J. F., 1999, *Les Drogues – un piege*, Ed. France Loisires, Paris.

BAECHLER, J., 1992, „Grupurile şi sociabilitatea", în R. Boudon (coord), *Tratat de sociologie*, Bucureşti, Editura Humanitas, pp. 64-91.

BANDURA, A., 1986, *Social Foundations of Thought and Action*, Engelewood Cliffs, N.Y., Prentice Hale.

BARNETT, N. P., MONTI, P. M., WOOD, M. D., 2001, *Motivational Interviewing for Alcohol-Involved Adolescents in the Emergency Room*, in E. F. Wagner & H. B. Waldron (eds.), N.Y.

BISSUEL, Y., 1990, „Dependence et syndromes de sevrage aux benzodiazepines: aspects clinique et therapeutique", *Medecine et Hygrene*, 48, nr. 1843, pp. 1666-1670.

BROWN, J. M. & MILLER, W. R., 1993, *Impact of Motivational Interwing on Participation and Outcome in Residential Alcoholism Treatment. Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.

BUTLER, C. C. & ROLLNICK, S., 1999, „Motivational Consulting Versus Brief Advice for Smokers in General Practice: A Randomised Trial", *British Journal of General Practice*, 49, 611-616.

CAHOREAU, G., TISAN, C., 1987, *La drogue expliquée aux parents*, Ed. Balland.

CAMPBELL, ROSS, 2001, *Copiii noştri şi drogurile*, Editura Curtea Veche, Bucureşti.

CARBONARI, J. P. & DICLEMENTE, C. C., 1999, „Stage Transitions and the Transtheoretical « Stages of Change Model of Smoching » Cesation", *Swiss Journal of Psychology*, 58 (2), 134-144.

COTRĂU, M., 1971, „Unele aspecte ale toxicomaniei moderne", în *Revista Farmacia*, nr. 1, 19.

DENNIS, M. L., 2000, *The Cannabis Youth Treatment (CYT) Experiment*, Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Service.

DICLEMENTE, C. C. & STORY, M., 2000, „On a Roll: The Process of Initiation and Cessation of Problem Gambling Among Adolescents", *Journal of Gambling Studies*, 16(2/3), 289-313.

DISHON, T. J., MCMAHON, R., J. (1998), „Parental Monitoring and Age Prevention of Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Reformulation", în Rebecca Ashery, S., Elizabeth B. Robertson, K. L. Kumpfer, *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*, pp. 229-252, NIDA, *Research Monograph*, 177.

DRĂGAN, J., 1996, *Drogurile în viaţa românilor: Pagini dintr-o istorie inedită*, Bucureşti. Editura Magicart Design.

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

GELBERG, L., LINN, L., LEAKE, B. D., 1988, *Mental Health Alcohol and Drug Use and Criminal History Among Homeless Adults*, N.Y.

Gilles Ferreol (coord.), 2000, *Adolescenţii şi toxicomania*, Editura Polirom, Iaşi.

GORGOS, C., 1989, *Vademecuum în psihiatrie* (red. C. Gorgos) (selectiv), Editura Medicală, Bucureşti.

HORVATH, A. T. (2006), *Sex, droguri, alcool, pocher şi ciocolată*, Filipeştii de Târg, Prahova, Editura ANTET XX PRESS.

LEWIS, JUDITH A., DANA, Q. R., BLEVINS, G., A. (2002), *Substance Abuse Counseling*, USA, Editura Books/Cole.

LITEANU, T. (2005), *Traficul de droguri. Repere, dimensiuni şi perspective*, Bucureşti, Editura ANI.

MERIKANGAS, KATHLEEN R., DIERKER, LISA, FENTON, BRENDA (1998), „Familial Factors and Substance Abuse: Implication for Prevention", în Ashery, Rebecca, S., Robertson, Elizabeth, B., Kumpfer, K., L., *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*, pp. 12-39, NIDA, *Research Monograph*, 177.

MOSHMAN, D. (2005), *Adolescent Psychological Development. Rationality, Morality and Identity* (ediţia a 2-a), Ed. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New Jersey, London.

RĂDULESCU, E. (2004), *Adio, ţigări!*, Bucureşti, Editura Viaţă şi Sănătate.

RĂŞCANU, RUXANDRA (2004), *Alcool şi Droguri: „Virtuţi" şi capcane pentru tineri*, Editura Universităţii din Bucureşti, Bucureşti.

RĂŞCANU, RUXANDRA, 1999, *Neuropsihofiziologia devianţei la adolescenţi şi tineri*, Editura Actami, Bucureşti.

RĂŞCANU, RUXANDRA, 1994, *Psihologia comportamentului deviant*, Editura Universităţii din Bucureşti.

SCHUCKIT, M. A., 1985, *Drug and Alcohol Abuse. Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, N.Y.

TADDEO, D., 1994, „Alcool şi droguri. Interacţiuni şi afecţiuni cronice ale adolescentului", în *Revista Medecine et Hygiene*, iunie, p. 1043.

TSUANG, J. W., SHAPIRO, E., SMITH, T. L., 1994, „Drug Use Among Primary Alcoholic Veterans", în *Revista American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, nr. 20, vol. IV, p. 483.

ŢURLEA, S., 1991, *Bomba drogurilor*, Bucureşti. Editura Humanitas.

VAN DER STEL, J., VOORDEWUD, DEBORAH, 1998, *Handbook Prevention: Alchool, Drugs and Tabacco*, Pompidon Group Council of Europe & Jellinek Consultancz, Strassbourg.

VILLARBY, J. R., NEBOT, M., BALLESTIN, M., 1995, „Spanich Adolescents Faced with Addictive Substances: Tabacco, Alchool and Non-Institutionalized Drugs", în *Revista Medicina Clinică*, 104/20, Barcelona.

VRAŞTI, R., 2001, *Alcoolismul. Detecţie, diagnostic şi evaluare*, Editura Timpolis, Timişoara.

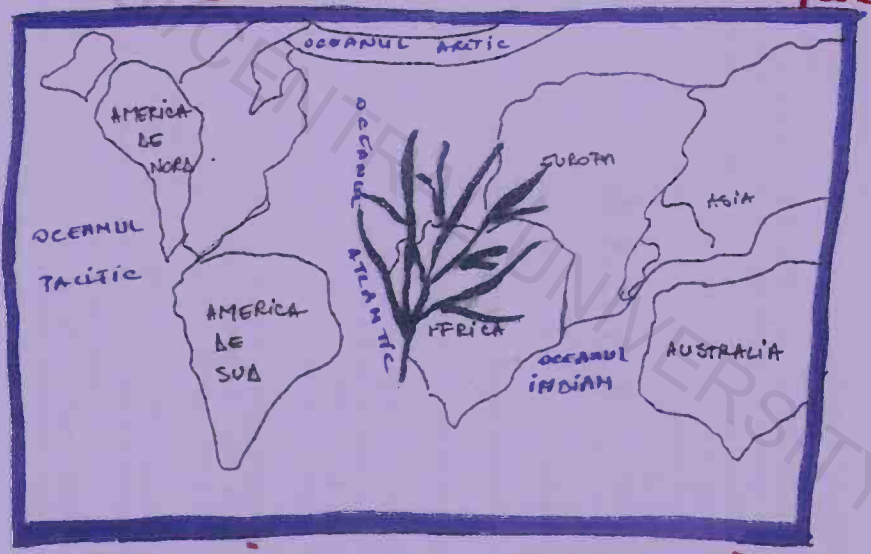
*** 1994, American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, Edition IV), Published by the Americal Psychiatric Association, Washington DC.

BCU LIBRARY

ANEXE

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

MARIJUANA S-A ÎNTINS PE TOT GLOBUL.



POȚI S-O OPREȘTI?!

XII A

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU "ASIGENTRAL" LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PERSONALITY PROFILE OF THE DRUG ADDICT

Professor Ruxandra RĂŞCANU, PhD
University of Bucharest, Romania

PERSONALITY PROFILE

CAQ test; has been found a significant difference (at a p=0.01 level) between drug consumers and average population regarding:

Normal personality:	Clinical scales:
• Affective warmth • Emotional stability • Extravagance • Sensitivity • Insecurity • Self-sufficiency	• Suicidal depression • Low-energy depression • Boredom and withdrawal • Psycho-patic deviation • Psychological inadequacy

Prediction model for drug consumption has the following dimensions as predictors:
- Emotional stability
- Insecurity
- Conformism

THE DRUG ADDICTION

Subjective motivational factors for starting and continuing consumption:

- Curiosity ("forbidden fruit");
- "Hot sensations" seeking, great need of stimulation;
- Loneliness, lack of friends, fear of abandonment need of belonging and affiliation;
- Need of recognition, confirmation, need to stand out;
- Personal problems, troubles, desperation need of comfort, drug is seen as a refuge;
- Overcoming discomfort generated by substance consumption cessation ("ill-being"), which actually represents a vicious circle.

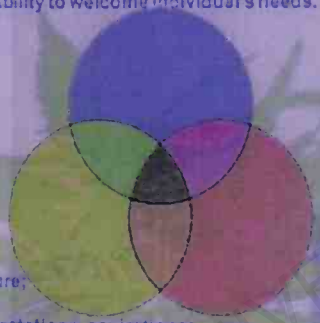
SELF-IMAGE

Evaluation characteristics:

- Strong identification with social labels: "I'm a drug addict", "loser"; he/she lacks awareness & recognition of his/her own individuality.
- Temporal syncope of his/her own existence during the consumption: "It wasn't me", "I was not alive that time".
- Dominance of consumption related themes & consumption repertory, creation of the individual within this life-style.
- Brief content of self-analysis tasks proves that a more profound analysis has not been exercised or has been avoided.
- A small percentage (40%) succeeds in identifying its own resources.
- Searching for one's self is in a causal relationship with initiation of consumption.
- "Ego ideal" seems to be linked to the belongingness: a need to be normal or like anyone else

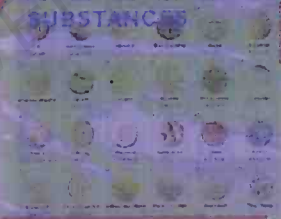
Environment:

- Social values;
- Moral values, norms, rules;
- Offered models (role-models);
- Social reactions: acceptance or rejection;
- Stigmatization, penalty, sanction, punishment;
- Ability to welcome individual's needs.



Personality:

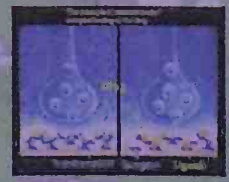
- Genetic heritage;
- Personality structure;
- Self image;
- Values, ideals, expectations, aspirations;
- Life experiences;



INTERACTIONS BETWEEN PERSONALITY FACTORS, ENVIRONMENTAL FACTORS AND DRUG CONSUMPTION

Investigated final lot:

- 600 subjects of both sexes
- Age: 15-30 y.o.;
- Average age: As=24;
- Education level: high school and college;
- Type of family they are integrated in:
  - own family consensual union;
  - family of origin 60% are disorganized;
  - Instruments used: CIDD; CRC';
- 25% of subjects have undergone a psycho-clinical investigation using the following instruments:
  - Szondi test;
  - Koch test;
  - family test;
  - Lüscher test.
  - Psycho-clinic anamnesis (10% of the investigated cases have been hospitalized)



GENERAL THEORETICAL ASPECTS

- Acute or chronic intoxication of CNS;
- Physical addiction (toxi-dependency);
- Psychological addiction (toxicophilia);
- Tolerance:
  - metabolic
  - pharmaco-dynamic;
  - Physical and psychological effects of consumption;
- Physical and psychological effects at the sudden drug consumption cessation;
- Craving and overdose;
- Co-morbidity.

SOCIAL STEREOTYPES LINKED WITH DRUG CONSUMPTION AND DRUGUSERS

- Drug consumer has no willpower;
- Drug user has no need for self-affirmation;
- Drug user is interiorized;
- Drug user is a shy, timid, weak person;
- Drug user is a suffering person;
- Drug user is a bored person;
- Drug users are capable of any atrocious gestures;
- Drug alters the personality of the addict (turning it into a bad one);
- Drug has unlimited and unknown power.

PERSONALITY PROFILE OF THE DRUG ADDICT

- Mood lability (cyclothymia);
- Irascibility, impulsivity, restlessness, reactivity, lack of control;
- Suspiciousness, perseverance;
- Ambivalence, duplicity regarding own person and the others;
- Anxiety (sometimes linked with abandonment);
- Dysthymia, depression (occurring especially in chronic consumers);
- High emotivity;
- Sensation & excitement seeking;
- Low tolerance to stress and frustration;
- Ego strength varying between two extremes: from hyper-control to complete lack of control.

OTHER CONTRIBUTIONS
Beatrice POPESCU Tatiana TRIFAN Andreea GAVRILIUC

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tiparul s-a executat sub c-da nr. 2278/2008, la
Tipografia Editurii Universităţii din Bucureşti

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY